



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
AGÊNCIA DE INOVAÇÃO, EMPREENDEDORISMO, PESQUISA E
PÓS-GRADUAÇÃO E INTERNACIONALIZAÇÃO – AGEUFMA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA I / CCBS
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA UFMA / FIOCRUZ

WILLIAN DA SILVA LOPES

CUIDADO CENTRADO NA PESSOA: reflexões da integração ensino-serviço na atenção
básica

IMPERATRIZ
2021

WILLIAN DA SILVA LOPES

CUIDADO CENTRADO NA PESSOA: reflexões da Integração Ensino-Serviço na atenção básica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – ProfSaúde, vinculado a Universidade Federal do Maranhão, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Maria do Carmo Lacerda Barbosa.

Coorientador: Prof. Dr. Márcio Moysés de Oliveira.

Linha de pesquisa: educação médica

Educação e saúde: tendências contemporâneas de educação, competências e estratégias.

IMPERATRIZ

2021

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Lopes, Willian da Silva.

CUIDADO CENTRADO NA PESSOA : reflexões da integração ensino-serviço na atenção básica / Willian da Silva Lopes.

- 2021.

49 f.

Coorientador(a): Márcio Moysés de Oliveira.

Orientador(a): Maria do Carmo Lacerda Barbosa.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Rede em Saúde da Família/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, Imperatriz, 2021.

1. Assistência Centrada no Paciente. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Educação Médica. 4. Serviços de Integração Docente-Assistencial. I. Barbosa, Maria do Carmo Lacerda. II. Oliveira, Márcio Moysés de. III. Título.

WILLIAN DA SILVA LOPES

CUIDADO CENTRADO NA PESSOA: reflexões da Integração Ensino-Serviço na atenção básica.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – ProfSaúde, vinculado a Universidade Federal do Maranhão, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.
Linha de pesquisa: educação médica
Educação e saúde: tendências contemporâneas de educação, competências e estratégias.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marcos Antônio Barbosa Pacheco
Universidade Ceuma

Profa. Dra. Maria Raimunda Santos Garcia
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Cristiane Fiquene Conti
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Maria do Carmo Lacerda Barbosa (orientadora)
Universidade Federal do Maranhão

IMPERATRIZ

2021

À minha esposa Caroline e ao meu primogênito
Guilherme.

AGRADECIMENTOS

A Universidade Federal do Maranhão, que me abraçou e me capacita cada dia mais ao meu exercício de docência.

Ao ProfSaúde, que me oportunizou ser cada dia melhor como profissional e como ser humano.

A minha orientadora, que pacientemente deu seu suporte durante essa trajetória, sendo mais que uma orientadora, foi uma mentora para minha vida profissional.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS/ADSCRIPTIO

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me levado a caminhos que sem sua intercessão eu jamais chegaria.

À minha família, que sempre me apoiou em todos os passos e sempre torce por meu sucesso.

*Escuta o conselho e aceita a correção para
seres sábio no futuro.*

(Provérbios, 19,20).

RESUMO

A abordagem clínica centrada na pessoa utiliza as habilidades de comunicação para o estabelecimento do vínculo necessário para o desenvolvimento da integralidade da atenção. As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina apontam que o aluno deve concretizar na atenção à saúde o Cuidado Centrado na Pessoa. Assim, deve utilizar a comunicação como aspecto a ser alcançado na atenção à saúde, condizente com o contexto e situação encontrados. A Atenção básica tornou-se o foco da educação médica visto englobar princípios de integralidade, universalidade e equidade, onde se percebe o real contexto em que o processo saúde-doença é determinado, e assim, deve ser o palco para aplicação de habilidades comunicacionais centrada na pessoa. A Integração Ensino-Serviço deve então ter a preocupação se o cuidado centrado na pessoa está sendo englobado e como esse processo pode ser melhorado para todos os atores envolvidos nessa integração. Trata-se de uma pesquisa avaliativa, de abordagem qualitativa e quantitativa, utilizando questionário de Percepção do Cuidado Centrado na Pessoa, numa abordagem observacional, exploratória e transversal. O universo da pesquisa foi composto por três grupos: médicos com e sem atividade docente-assistencial e internato médico. O instrumento de pesquisa foi elaborado a partir de aspectos de habilidades de comunicação médico-paciente, identificando a Percepção do Cuidado Centrado na Pessoa. Usa escala de Likert com 4 respostas para cada pergunta feita, sendo os menores escores relacionados ao método centrado na pessoa. O questionário também abordou três componentes do método: explorando a experiência da doença (itens 1 e 3), entendendo a pessoa como um todo (item 9) e elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas (itens 2, 4 a 8). O bom desempenho de profissionais não ligados a universidade traz a reflexão que a Integração Ensino-Serviço deve ser melhor efetivada de maneira a abranger todo os profissionais atuantes na atenção básica. A melhoria na adaptação às novas DCN deve sempre ser estimulada, principalmente quando se deve relacionar teoria à prática, o que permite o desenvolvimento das habilidades dos profissionais de saúde, em especial daquelas relacionada ao método clínico centrado na pessoa.

Palavras-chave: Serviços de Integração Docente-Assistencial; Assistência Centrada no Paciente; Educação Médica; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The person-centered clinical approach uses communication skills to establish the necessary link for the development of integral care. The National Curriculum Guidelines for the Medical Course point out that the student must concretize Person-Centered Care in health care. Thus, communication should be used as an aspect to be achieved in health care, consistent with the context found. Primary Care has become the focus of medical education because of principles of integrality, universality and equity, where one realizes the real context in which the health-disease process is determined, and thus, it must be the stage for application of person-centered communication skills. Teaching-service integration should be worried about if person-centered care is being applied and how this process can be improved for all actors involved in it. It is an evaluative research, with a qualitative and quantitative approach, using a perception person-centered care questionnaire, in an observational, exploratory and transversal approach. The research universe was composed of three groups: doctors with and without teaching-assistance activity and medical internship. The research instrument was developed from aspects of doctor-patient communication skills, identifying a perception person-centered. Uses Likert scale with 4 answers for each question asked, with the lowest scores related to person-centered medicine. The questionnaire also addressed three components of the person-centered method: exploring the experience of the disease (items 1 and 3), understanding the whole person(item 9) and finding a common problem management plan (items 2, 4 to 8) The good performance of professionals not connected to the university brings the reflection that the Teaching- service integration must be the done in order to cover all professionals that work in primary care. The improvement in adapting to the new nacional curriculum guidelines should Always be encouraged, especially when it is necessary to relate theory to practice, which allows the development of the health skills, especially those related to the person-centered clinic.

Keywords: Teaching Care Integration Services; Patient-Centered Care; Education, Medical; Primary Health Care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Perfil dos médicos assistentes das unidades básicas de saúde.....	30
Tabela 2	Escore médios \pm desvios-padrão do M CCP por grupo pesquisado de acordo com o domínio.....	31
Tabela 3	Escore médios \pm desvios-padrão do M CCP por grupo pesquisado por questão.....	32

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ADA	Atividade Docente Assistencial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COAPES	Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ESF	Estratégia da Saúde da Família
MCCP	Método Clínico Centrado na Pessoa
PCCP	Percepção do Cuidado Centrado na Pessoa
PMM	Programa Mais Médico
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFMA	Universidade Federal do Maranhão

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1	DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS.....	14
2.2	PROGRAMA MAIS MÉDICOS.....	15
2.3	INTEGRAÇÃO ENSINO - SERVIÇO.....	17
2.4	MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA	19
2.5	IMPLANTAÇÃO DE NOVOS CURSOS MÉDICOS- CAMPUS IMPERATRIZ.....	21
3	OBJETIVOS	24
3.1	OBJETIVO GERAL.....	24
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
4	METODOLOGIA	25
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	25
4.2	PERÍODO E LOCAL.....	25
4.3	SUJEITO DO ESTUDO/POPULAÇÃO ALVO.....	25
4.4	INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS.....	26
4.5	ANÁLISE E PROCESSAMENTO DE DADOS.....	27
4.6	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	27
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
5.1	PERFIL DOS SUJEITOS DA PESQUISA.....	29
5.2	PRIMEIRO COMPONENTE: EXPLORANDO A EXPERIÊNCIA DA DOENÇA.....	30
5.3	SEGUNDO COMPONENTE: ENTENDENDO A PESSOA COMO UM TODO.....	32
5.4	TERCEIRO COMPONENTE: ELABORANDO UM PLANO CONJUNTO DE MANEJO DOS PROBLEMAS.....	33
5.5	REFLEXÕES SOBRE O MCCP NA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO...	35
6	CONCLUSÃO	41
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
	ANEXO	46
	APÊNDICE	47

1. INTRODUÇÃO

O Programa Mais Médico (PMM) trouxe como uma das premissas a instalação de novos cursos de medicina para as cidades de referência locorregionais que tinham um serviço de saúde onde pudesse ser integrado ao curso e contribuísse para a formação médica. (BRASIL, 2015). Esse processo pode ser analisado como uma interiorização dos cursos de medicina, um desafio que vem sendo enfrentado nos últimos anos. Devido a grande dimensão territorial e a pluralidade de realidades socioeconômicas do país, esse processo se torna um desafio ainda maior, adquirindo características específicas em cada região do país. Para facilitar esse processo, a integração das práticas de ensino com o sistema de saúde local se faz essencial.

A Integração Ensino-Serviço deve possibilitar a diminuição da distância entre a formação médica, a realidade local e as necessidades assistenciais no Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, pode contribuir com a efetivação dos princípios do SUS na realidade prática, permitindo o desenvolvimento de ações que atraem os objetivos pedagógicos às prioridades locais. (ALBIERO e FREITAS, 2017). Em relação aos atores envolvidos, essa integração aproxima professores, estudantes e profissionais que atuam nos serviços aos usuários, os quais são o alvo de todas as ações envolvidas, tanto pedagógicas quanto assistenciais da saúde.

A Integração Ensino-Serviço, então, se deve fazer primordialmente na AB, visto que a AB tornou-se o foco das novas escolas médicas. Envolvendo relevante complexidade, as diretrizes da AB englobam princípios de integralidade, universalidade e equidade, e destaca o cuidado centrado na pessoa, dimensão que foca no usuário como o centro de todas as ações desenvolvidas na assistência à saúde. (BRASIL, 2017). Contudo, a maneira como a integração ensino-serviço está sendo feita na AB é variável, refletindo as disparidades regionais do país, sendo necessário identificar se políticas públicas de saúde e de educação estão sendo efetivadas na prática médica, e qual a influência dessa integração nesse processo.

Os determinantes sociais no processo saúde-doença passaram a ganhar destaque nessa abordagem, fazendo com que o desenvolvimento científico e político se voltassem para o fortalecimento dessas concepções mais amplas de assistência. (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007). Nesse contexto, a abordagem clínica centrada na pessoa utiliza as habilidades de comunicação para o estabelecimento do vínculo necessário para o desenvolvimento da integralidade da atenção. (CERON, 2013).

A AB é tida como a porta de entrada ao sistema e as habilidades de comunicação os meios pelo qual é possível se estabelecer assistência centrada na pessoa de maneira a se atingir

a integralidade desejada na prestação de serviços de saúde à população, verificar se o cuidado centrado na pessoa está sendo aplicado nesse contexto torna-se um caminho válido para se obter uma dimensão da qualidade da assistência à saúde durante a Integração Ensino-Serviço, que por sua vez deve ocorrer preferencialmente na AB, numa relação de interdependência que tem por objetivo a formação de recursos humanos capazes de atender as necessidades da população.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS

A educação médica é uma preocupação das políticas públicas quando essas objetivam aproximar a formação médica da assistência em saúde desenvolvida pelo sistema de saúde vigente. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de medicina vêm definir os aspectos que devem ser observados na formação do médico, atentas ao contexto e necessidades de saúde daquele momento histórico. (BRASIL, 2014).

Nos últimos 20 anos foram lançadas duas DCN, uma em 2001 e outra em 2014, esta última ainda em vigência. Após análise do conteúdo dessas diretrizes, foi observado algumas diferenças cruciais em relação às novas diretrizes como: maior preocupação na abordagem coletiva da saúde, com enfoque nos determinantes sociais do processo saúde-doença; ênfase nos princípios do SUS; abordagem da humanização, do cuidado centrado na pessoa, na família e na comunidade; importância do trabalho interprofissional; abordagem dos temas relacionados a direitos humanos, portadores de deficiência e educação ambiental; incorporação das novas tecnologias da informação e comunicação; priorização de carga horária mínima para atenção básica e urgência e emergência; preceptoria deve ser exercida por profissionais da rede de saúde sob supervisão dos docentes das instituições de ensino superior; limite de quarenta horas semanais no internato médico; oportunizar situações de aprendizagem prática desde o início da graduação; focar no SUS como cenário de atividades práticas; constituição do núcleo docente estruturante; pactuação do Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES); ampliação dos programas de residência médica de maneira que as vagas sejam equivalentes ao número de egressos. (ROCHA, 2018).

As DCN enfatizam que o foco da educação médica deve ser a atenção básica em saúde. Contudo, isso está mais evidenciado nas de 2014. Ao citar o perfil do egresso em ambas as DCN há especificação das ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, tanto em nível coletivo quanto em nível individual. (BRASIL, 2001). Tais ações são os pilares da AB, mas isso não está explícito nas DCN de 2001. Isso se explica pelo fato da Política Nacional de AB (PNAB) ter sido definida apenas alguns anos depois dessas DCN, formalizando definitivamente o papel da AB no sistema de saúde. Assim, nas novas DCN, já tendo sido bem definido as diretrizes da AB, é evidente o foco da educação médica na AB: abordagem dos

problemas de saúde recorrentes na atenção básica, ações de promoção e educação em saúde em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica e predominando a carga horária dedicada aos serviços de Atenção Básica. (BRASIL, 2014).

Ademais, as DCN de 2014 apontam, pela primeira vez com clareza, que o aluno deve concretizar na atenção à saúde o cuidado centrado na pessoa (BRASIL, 2014), o qual também é uma diretriz da AB definida na PNAB. (BRASIL, 2017). Garantir a abordagem centrada na pessoa perpassa o desenvolvimento das habilidades de comunicação que devem sempre ser contempladas no atendimento dos usuários, condizentes com o contexto e situação encontrados. Neste cenário, deve-se utilizar a comunicação como aspecto a ser alcançado na atenção à saúde por meio da linguagem verbal e não verbal com usuários, abrangendo todos os tipos de comunicação como elo da relação médico-paciente e possibilitando a integralidade da assistência, todos esses sendo aspectos do MCCP. (LOPES e RIBEIRO, 2015).

2.2 PROGRAMA MAIS MÉDICOS.

O Programa Mais Médico (PMM) foi instituído em 2013, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o SUS. Para se atingir os seus objetivos, a lei partiu de três grandes pilares que são a reorganização das ofertas de cursos de Medicina e vagas de residência médica, novos parâmetros para a formação médica e aperfeiçoamento médico na atenção básica. Assim, dentre os seus objetivos, destaca-se o fortalecimento da AB com o aperfeiçoamento desses recursos humanos para atuação na AB. (BRASIL, 2013).

Apesar de se identificar os três pilares ocorrendo atualmente, isso não se deu de maneira homogênea num país com realidades tão distintas e particulares. Quando se deu, não atingiu plenamente os objetivos.

Ao contrário do que se pensa quando se tem acesso ao que é divulgado na mídia, mediante todas as polêmicas envolvidas na execução do programa, o PMM permanece ainda em fase de implantação. Isso se deve justamente ao fato de alguns objetivos ainda não terem sido completamente alcançados, como por exemplo: fortalecer a política de educação permanente com a Integração Ensino-Serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos. (BRASIL, 2013).

Através do PMM, novos cursos de medicina foram de fato ofertados, mas a proporção

de oferta deles foi muito maior do que a de vaga de residências, sendo que a lei 12.871 de 22 de outubro de 2013 previa equivalência com a quantidade de egressos do ano anterior, fato que não ocorrendo veio a piorar a relação médico por vaga de residência, a qual já tinha grandes disparidades.

Ao se priorizar regiões de menor relação de vagas e médicos por habitantes está se referindo a um processo de interiorização da educação médica. Ao mesmo tempo, a lei teve o cuidado de se atentar para que a implantação dos novos cursos se desse em regiões com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos. (BRASIL, 2013). Contudo, ao se concretizar, inicialmente atentou-se para a suficiência do campo de prática e não para a qualidade do campo, fundamental na formação médica. Além disso, posteriormente houve comprometimento da suficiência dos campos de práticas à medida que mais de um curso foi aprovado e aberto na mesma região, visto que a iniciativa privada também foi englobada na mesma lei. (BRASIL, 2013).

Quando se fala em qualidade de campo de prática, é importante se ressaltar que atingir qualidade demanda tempo, pois exige mudanças de paradigmas muitas vezes existentes por anos no funcionamento dos serviços de saúde, além da necessidade de estímulo para que se rompam esses paradigmas. O PMM veio expor a realidade do serviço público de saúde no país, num anseio de modificar os pontos fracos e fortalecer os pontos fortes de maneira a corresponsabilizar o sistema pela formação dos recursos humanos.

Acrescenta-se a isso o fato de a lei prever que o conselho nacional de educação deveria promover as adequações nas matrizes curriculares dos cursos de medicina de forma a contemplar os pontos ali instituídos, fato que foi concretizado pelas DCN de 2014, conforme explicitado anteriormente. (BRASIL, 2013).

Quanto a Integração Ensino-Serviço, a lei de 2013 previu a parceria através do Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde entre as instituições de ensino e os gestores de maneira a viabilizar a implantação do PMM no que diz respeito às mudanças na educação médica e possibilitando condições de oferta de campo de prática suficiente e de qualidade. Contudo, a lei cita que as instituições poderão firmar estes contratos, dando vazão para a possibilidade de não se firmar e, aos que firmariam o contrato, não delimitando tempo para que isso fosse feito. (BRASIL, 2013). Este fato prejudicou e atrasou muito o processo de Integração Ensino-Serviço em muitas regiões, principalmente nas mais resistentes às mudanças.

Assim, é notório que o PMM se propôs a mudar substancialmente a realidade da formação médica e da medicina no país, com foco na AB. Embora o tenha feito, muito ainda falta a ser implantado em conformidade a proposta instituída em lei em 2013, principalmente em certas regiões do país no que se refere a condições para Integração Ensino-Serviço e oferta de vagas de residência equivalentes a quantidade de egressos dos novos cursos implantados.

2.3 INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO

A formação de recursos humanos sempre foi uma preocupação do sistema de saúde, fato evidenciado na lei que institui o SUS onde a formação de recursos humanos é citada por mais de dez vezes, estimulando-se políticas que a organizem e desenvolvam ações nesse contexto. (BRASIL, 1990).

A contribuição do campo de prática na formação dos recursos humanos para o sistema de saúde já era uma preocupação surgida desde o princípio quando se projetou o SUS. (BRASIL, 1990). No decorrer dos anos, com o grande desafio de se implantar um novo sistema de saúde, a integração do ensino ao serviço de saúde também passou a ser progressivamente construída, à medida que o sistema se aperfeiçoava. De fato, para se obter um sistema cada vez melhor, o ensino deve estar agregado aos serviços ofertados de maneira que os egressos dessa formação captem as necessidades do sistema e venham a contribuir com a reformulação e aperfeiçoamento constante que um sistema complexo de saúde exige.

Assim, várias iniciativas interministeriais, unindo saúde e educação, foram promovidas para estimular a aproximação das Universidades e dos serviços de saúde. (ALMEIDA, 2012). Contudo, aproximar não é o suficiente para se obter uma boa formação de recursos humanos, surgindo então a necessidade de uma verdadeira integração. Se os serviços de saúde necessitam de profissionais capacitados, são neles que os futuros profissionais podem vivenciar a realidade de forma a desenvolver a experiência que se exige quando a transição de estudante para profissional atuante seja concluída.

A Integração Ensino-Serviço pode diminuir distâncias entre a formação universitária e necessidades locais, a partir das quais o SUS desenvolve suas ações. Assim, o cumprimento dos princípios do SUS pode se dar por meio do desenvolvimento de ações que aproximem objetivos pedagógicos das necessidades reais da população. Isso culmina com uma sinergia entre os atores dessa Integração Ensino-Serviço: professores, estudantes, profissionais do sistema e

usuários, principais beneficiados com as ações dessa integração. (ALBIERO e FREITAS, 2017).

Esses fatos justificam as mudanças curriculares que inserem cada vez mais precoce os estudantes nos campos de prática, especialmente na AB. Quanto mais cedo se desenvolve a Integração Ensino-Serviço para aquele estudante, mais tempo ele terá para desenvolver habilidades e conhecimentos sobre a realidade em que está inserindo, permitindo o surgimento de projetos que desenvolvam ações que fortaleçam a atenção básica. (BRASIL, 2014).

Logisticamente, várias ações contribuem para o fortalecimento da Integração Ensino-Serviço. A presença do professor como supervisor das atividades em serviço dos estudantes vem a contribuir para a ampliação da cobertura de assistência tanto em ações individuais quanto coletivas. Tais ações podem ser realizadas de maneira compartilhada, quando se divide a agenda do serviço com o professor da instituição de ensino, ou em paralelo, quando nova agenda é aberta para aquele professor. De outro modo, a participação do profissional da rede como supervisor, desempenhando a função de preceptor, permite uma maior imersão do aluno no contexto ali presente, permitindo a identificação das necessidades locais que estimula a consciência crítica e o desenvolvimento de ações que atendam às necessidades observadas. (ALBIERO e FREITAS 2017).

A preocupação com os meios pelo qual a Integração Ensino-Serviço se daria diante das novas realidades contextualizadas na educação médica levou a desenvolver, como desmembramento do PMM, as diretrizes para celebração dos COAPES, lançadas em 2015. Tais diretrizes definiram compromissos das instituições de ensino, dos programas de residência em saúde e dos gestores municipais e estaduais de saúde, visando o desenvolvimento das atividades de ensino-aprendizagem e formação de recursos humanos no SUS, algo pendente de especificações desde a lei 8080 de 1990. Além disso, é citado que essas atividades de ensino devem se desenvolver especialmente nos serviços previstos por meio da Política Nacional de Atenção Básica em vigência. (BRASIL, 2015).

A AB é mais uma vez colocada como foco de políticas públicas, dessa vez como elo da Integração Ensino-Serviço. É na AB que se espera a resolução da maior parte dos problemas de saúde que necessitam dos cuidados dos profissionais do sistema. (BRASIL, 2017). Muitas das ações da Integração Ensino-Serviço permitem o aumento da resolutividade da assistência em saúde, com melhora da qualidade do serviço prestado, o que pode ser identificado ao se abordar

o usuário. É notório, nesse aspecto, que a satisfação do usuário atrela-se muitas vezes a maneira como ele é recebido e conduzido durante sua visita ao serviço (PINHEIRO e SILVA JUNIOR 2009), evidenciando o papel das habilidades de comunicação nesse processo.

2.4 MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA

O Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) veio do anseio de se saber qual seria a verdadeira razão do paciente procurar atendimento médico. Numa abordagem centrada na doença, muitos aspectos passavam despercebidos devido ao foco exagerado na doença e, muitas vezes, esses pontos ignorados eram cruciais para diagnóstico correto e seguimento do paciente. Assim, o MCCP passou a ganhar valorização na abordagem clínica, acompanhando o processo de mudança de uma visão positivista e hospitalocêntrica, doença-dependente, para uma visão ampliada do processo saúde-doença. A hierarquia tão presenciada na abordagem médica, em que mantém o paciente passivo durante a consulta e elege o médico o regente da saúde, ignorando a autonomia do paciente, passa a dar espaço a uma abordagem que corresponsabiliza o médico e o paciente no desenvolver saúde em cada situação clínica. Saúde em seu termo mais ampliado passa a abranger a amplitude de todos os problemas da pessoa, físicos, sociais ou psicológicos, e da profundidade, do sentido e da forma como ela, a doença, se apresenta. (STEWART *et al.*, 2017).

O MCCP aborda quatro componentes: explorando a saúde, a doença e a experiência da doença; entendendo a pessoa como um todo; elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas e intensificando a relação entre a pessoa e o médico. O primeiro componente se refere à abordagem dos pacientes quando aos sentimentos sobre estar doente, idéias sobre o que está errado com eles, o impacto do problema em seu funcionamento diário e suas expectativas sobre o que deveria ser feito (STEWART *et al.*, 2000). O segundo componente aborda os aspectos pessoais prévios, contexto próximo e o contexto amplo. O terceiro componente refere-se a conduta clínica diante do caso, com enfoque no acordo médico-paciente sobre o problema, prioridades e papéis assumidos por cada ator, estimulando-se sempre a autonomia do paciente. O último componente deve ser abordado durante todo o contato do médico com o paciente, visando estabelecer uma relação médico-paciente capaz de atingir os objetivos desejados naquele momento, por ambas as partes, valorizando-se assim a comunicação como um meio para atingir-se esses objetivos. (STEWART *et al.*, 2017).

O MCCP passa então a valorizar a comunicação como meio para se chegar a integralidade de uma abordagem clínica, enfatizando-se mais o processo de comunicação em si do que o resultado das decisões tomadas durante esse processo. (MEZZICH *et al.*, 2016). Não que não sejam importantes os resultados, mas há a ciência de que os resultados nem sempre envolvem a cura, afinal a saúde também envolve ações de promoção, reabilitação e relações humanas que devem ser abordadas em todas as situações clínicas e que, muitas vezes, não são vistas como um resultado. Assim, a abordagem centrada na pessoa amplia o conceito de resultado como qualquer ação que tenha o poder de alterar a maneira do paciente lidar ou mesmo apenas pensar na própria saúde, desenvolvendo bem estar, ainda que não mude a condição de saúde inicialmente apresentada, visto nem sempre ser possível curar. As habilidades de comunicação então assumem o papel de catalisar o processo de reflexão sobre autocuidado do paciente, estimulando sua autonomia e levando-o também a refletir que o mais importante não é a cura mas a consciência no cuidado da sua própria saúde, consciência essa fortalecida durante a comunicação.

Através da comunicação verbal e não-verbal, pode-se obter escuta, acolhimento, suporte e esclarecimento, itens que não são adquiridos numa abordagem centrada na doença. (CERON, 2013). No processo de comunicação, vários atores podem estar envolvidos, além do médico, o paciente e seu (s) cuidador (es), e cada um tem um papel no cuidado em saúde que levou o paciente a procurar assistência. A consciência de cada papel é desenvolvida na abordagem da subjetividade de cada ator envolvido, algo permitido durante este processo de comunicação. (MEZZICH *et al.*, 2016).

Para se abordar a saúde em seu sentido mais amplo, a relação médico paciente, influenciada pela maneira de como se desenvolve a comunicação, passa então a voltar-se a uma abordagem centrada na pessoa, com objetivo de não só ter maior assertividade nas condutas terapêuticas, mas também estimular a autonomia do paciente no cuidado da própria saúde, definindo o papel de cada um nesse processo. (STEWART *et al.*, 2017).

Para se desenvolver a consciência de quem realmente assume o papel do cuidado em saúde, as habilidades de comunicação devem ser estimuladas no processo de formação de recursos humanos para o SUS, já que são habilidades passíveis de serem cultivadas, ensinadas e melhoradas. (MEZZICH *et al.*, 2016). As DCN para os cursos de medicina assimilaram essas habilidades como objetivo a ser alcançada na formação médica, apesar de a maneira como isso ser ensinado não ter sido tão esclarecido nas diretrizes. (BRASIL, 2014). De fato, quando se

põe como diretriz a inserção precoce do estudante no campo de prática da atenção básica, se facilita e aumenta as chances do desenvolvimento dessas habilidades, mas isso torna-se dependente do contexto local, do planejamento da instituição de ensino e seus docentes e da integração desse planejamento com o serviço de saúde atuante neste contexto.

Identificar se as habilidades comunicacionais dos estudantes de medicina estão sendo valorizadas nas suas relações com os usuários da rede permite a identificação do impacto das atividades de ensino na assistência da atenção básica e como estas influenciam o funcionamento do serviço de saúde por meio da Integração Ensino-Serviço.

A busca de um MCCP, avaliando-se os aspectos comunicacionais de estudantes e profissionais assistentes da rede, traz uma nova abordagem para se identificar as contribuições que a Integração Ensino-Serviço traz a todos os atores envolvidos nesse processo, permitindo reflexões sobre o impacto do ensino médico no alcance da integralidade almejada pelas políticas de saúde.

2.5 IMPLANTAÇÃO DE NOVOS CURSOS MÉDICOS- CAMPUS IMPERATRIZ

O curso de medicina em Imperatriz iniciou seu processo de implantação seguindo as DCN de 2001. Assim, a construção dos aspectos curriculares do curso foi baseada na formação médica generalista apta a atender as reais necessidades de saúde da população a nível local, regional e nacional, integrados ao SUS. Devia-se utilizar, para isso, metodologias que privilegiassem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento, integrando conteúdos e englobando ainda o tripé universitário ensino, pesquisa e extensão. (BRASIL, 2001).

Conceitos como inserção precoce do estudante no campo de prática e integração entre as Instituições de Ensino Superior e os serviços de saúde passaram a ser os pilares de uma formação que visa a atuação médica de forma assertiva sobre as necessidades de saúde da população. Para se atingir esse objetivo, as novas metodologias de ensino foram exigidas, favorecendo a flexibilidade e diversidade para que se abordassem a integração da teoria com a prática e utilizasse-se também da pesquisa e ensino para contextualizar aspectos psicológicos, biológicos, sociais e ambientais do processo saúde e doença. Nesse processo, deu-se também um maior enfoque a aprendizagem por problematização. (BRASIL, 2014).

Com a publicação das novas diretrizes curriculares nacionais, em junho de 2014, e o primeiro semestre letivo estando em finalização em Imperatriz, o recém- instalado curso passa a imediata adesão às novas recomendações, intensificando o uso de metodologias ativas como método de ensino.

Deste modo, o processo ensino-aprendizagem passa definitivamente a centralizar no estudante, transformando a inovação da metodologia ativa de ensino em uma realidade. As novas diretrizes passaram a consolidar, de fato, as metodologias ativas que têm foco em pilares básicos: aprender a conhecer, aprender a fazer e aprender a ser. O aprender a conhecer diferencia a era do conhecimento e da informação, contextualizando com a realidade; o aprender a fazer exige habilidade para praticar o conhecimento, aplicando-o à realidade profissional e a necessidades da população atendida; e o aprender a ser aborda a aquisição de postura condizente com sua formação, competente para agir de forma assertiva nas diversas situações da vida. (DELORS, 2012). Portanto, o exercício de aprender a aprender exige do estudante o papel de protagonista deste processo, demandando maior dedicação e comprometimento com a construção de seu conhecimento. (BRASIL, 2014).

O município de Imperatriz assume o papel de Centro de Referência em Saúde para os municípios que o circundam e até mesmo para os estados vizinhos, como Pará e Tocantins. Na região Tocantina, como ficou sendo conhecida e na qual Imperatriz lidera como maior centro de serviços médico-hospitalares, destaca-se os serviços odontológicos, fisioterápicos, laboratoriais e de diagnóstico por imagem da região, contando na época da instalação do curso com 08 hospitais e dispondo de cerca de 500 médicos, com cerca de 20 especialidades em diversas áreas. (UFMA, 2013).

A Atenção Básica, responsável pelas ações de saúde voltadas a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, através da participação popular e controle social, está delineada na cidade de Imperatriz da seguinte forma: trinta e oito estabelecimentos de atenção básica distribuídos pelos quatro distritos de saúde, com projeto de ampliação desses serviços através da contratação de mais profissionais da saúde para o município. (CNES, 2021).

Uma rede tão complexa como a apresentada exigia um grau de organização e planejamento eficiente para integrar o ensino médico ao serviço, necessitando assim de

contratualizações, levando-se ainda em consideração a presença de diversos outros cursos da saúde nos campos de práticas.

Com metodologias ativas e objetivando uma real inserção da universidade nos serviços de saúde local, a Integração Ensino-Serviço passa a ser primordial na instalação do novo curso, devendo-se então estimular a assinatura do COAPES. Este devia ser discutido e assinado pelas instituições de ensino junto a gestão local para pactuar e garantir os cenários de prática dos estudantes no SUS, oferecendo adequada contrapartida para a rede de serviços de saúde e seus profissionais.

A contratualização formal pelo COAPES levou um tempo a ser definida em seus detalhes de direitos e deveres de cada instituição de ensino e da gestão, por haverem muitos cursos da área da saúde e de várias instituições, públicas e privadas, dividindo o mesmo campo de práticas. Quando se trata de campos de estágios, a presença de muitos cursos e de instituições privadas, com seu arsenal financeiro, passa a exigir da gestão uma efetiva organização e regras bem definidas no intuito de evitar embates e disputas por esses campos, sempre focando na melhoria do serviço para a população assistida. Assim, até a assinatura do COAPES, as normas de campos de estágio foram regidas por convênio da própria universidade com a gestão municipal e estadual, possibilitando imediata inserção da universidade nos serviços de saúde, condizente com as exigências das DCN.

Nesse contexto, não só a pactuação com a gestão mas também com os profissionais da rede de saúde são primordiais na construção do campo de práticas de maneira que se atinja os objetivos propostos pela universidade na formação do profissional de saúde apto ao atendimento das necessidades reais da população.

Deste modo, tem-se em Imperatriz um curso de medicina público instalado há pouco mais de seis anos, como resultado da implantação do PMM. À medida que uma universidade se insere nos serviços, espera-se observar melhorias. Identificar como a Integração Ensino-Serviço tem ajudado nas atividades dos serviços de saúde é fundamental para se buscar o aperfeiçoamento das ações, apoiando melhor as decisões durante o processo de assistência e reorientando as iniciativas (ALMEIDA *et al.*, 2012). Nesse contexto, as contribuições do MCCP na Integração Ensino-Serviço pode reorientar iniciativas tanto no planejamento do ensino por parte da instituição, quanto da gestão na educação permanente dos profissionais, integrando efetivamente o ensino ao serviço.

3. OBJETIVOS

3.1. GERAL

Refletir sobre a contribuição da integração ensino-serviço na atenção básica para o desenvolvimento de habilidades do cuidado centrado na pessoa.

3.2. ESPECÍFICOS

- Identificar aspectos do método clínico centrado na pessoa entre os médicos assistentes ligados a preceptoría e os não ligados a preceptoría.
- Verificar as habilidades de comunicação desenvolvidas pelos estudantes durante a Integração Ensino-Serviço.

4. METODOLOGIA

4.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, de abordagem quantitativa e qualitativa, utilizando a versão curta do questionário de Percepção do Cuidado Centrado na Pessoa (PCCP) de acordo com a avaliação feita pelo especialista, neste contexto abordando-se os profissionais médicos e os futuros médicos, numa abordagem observacional, exploratória e transversal.

4.2. PERÍODO E LOCAL DO ESTUDO

Foi realizado entre outubro de 2020 a janeiro de 2021, na cidade de Imperatriz, que ocupa o segundo lugar em número de habitantes no Estado do Maranhão, com 247.505 habitantes. É sede da Região de Planejamento do Tocantins e da Região Metropolitana do Sudoeste Maranhense, com sete municípios na sua área adstrita.

Existem ainda em Imperatriz trinta e oito UBS, duas Unidades de Serviço de Atenção Domiciliar, três Academias de Saúde e uma equipe de Consultório na rua.

Existem três cursos de graduação em Medicina em funcionamento na cidade. Um deles é oferecido pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA), no Campus Bom Jesus, o outro está em processo inicial de instalação oferecido pela Universidade Estadual Maranhão do Sul; e o outro oferecido pela Universidade CEUMA. Todos têm como principal campo de prática a Atenção Básica.

A Secretaria Municipal de Saúde de Imperatriz possui histórico de parceria com a UFMA desde a criação do curso de medicina em 2014, com desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa e extensão.

4.3. SUJEITO DO ESTUDO/POPULAÇÃO ALVO

O universo da pesquisa foi composto por médicos atuantes nas unidades de AB, divididos em dois grupos: um contendo médicos que atuavam em unidades com Atividades Docente-Assistenciais (ADA) e outro formado pelos médicos que atuam em unidades básicas onde não tenham atividades docente-assistenciais do curso de medicina da UFMA. Em ambos os grupos de médicos há representantes de cada distrito sanitário de Imperatriz: Distrito Santa Rita, Distrito Bacuri, Distrito Cafeteira, Distrito Vila Nova. O universo foi também composto por alunos do internato do curso de medicina da Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

que estão em unidades básicas onde se desenvolve atividades docente-assistenciais do internato de medicina da família, momento em que alunos são inseridos integralmente na AB do sistema de saúde, também distribuídos nos quatro distritos sanitários.

Os critérios de inclusão dos alunos no estudo foram: estarem regularmente matriculados no internato de saúde da família e comunidade do curso de medicina da UFMA, frequentando-o assiduamente e aceitarem participar da pesquisa após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Nas UBS sem atividade docente pelo internato médico foram incluídos os profissionais que não são preceptores da UFMA além de terem de aceitar participar da pesquisa após assinatura do TCLE. Nas UBS com atividade de internato, foram incluídos os profissionais que são preceptores e aceitarem participar da pesquisa após assinatura do TCLE

Como critério de exclusão neste estudo está a desistência de participação a qualquer momento, mesmo após assinatura do TCLE, e no caso dos médicos, terem sido graduados em algum campus da UFMA.

Os participantes do estudo foram buscados por conveniência, em dias e horários variáveis.

Assim, foram abordados 64 alunos do internato de medicina da família, correspondendo 100% dos alunos matriculados na disciplina. Das trinta e oito unidades de saúde, 34 médicos aceitaram participar, mas três não foram incluídos por serem ex-alunos do curso de medicina da UFMA de Imperatriz. Nesse universo de médicos, 17 eram preceptores do internato e 14 não eram.

4.4. INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS

As questões e indicadores avaliativos que foram utilizados no questionário estão sistematizados no Anexo A. Este foi elaborado a partir de aspectos de habilidades de comunicação médico-paciente, utilizando-se o questionário de Percepção do Cuidado Centrado na Pessoa (PCCP) validado por Kolling e Harzheim (2012) mas numa versão curta denominada “Autoavaliação e avaliação da comunicação com as pessoas – avaliação feita pelo especialista”, apresentada por Stewart *et al.* (2017, p.433). Nessa versão curta, pode-se inferir por analogia com o PCCP que as questões 1 e 3 referem-se ao 1º componente do MCCP, a questão 9 ao segundo componente e as questões 2, 4, 5, 6, 7 e 8 correspondem ao terceiro componente.

Os participantes foram abordados por contato eletrônico, visto as regras de isolamento para a pandemia iniciada em 2019.

Outras informações, como sexo, tempo e instituição de ensino de graduação também foram coletados no início da pesquisa.

4.5. ANÁLISE E PROCESSAMENTO DE DADOS

O questionário para profissionais é composto por 09 itens e utiliza escala de Likert com 4 respostas para cada pergunta feita, sendo os menores escores relacionados a medicina centrada na pessoa. Por analogia com a versão mais extensa que tem quatorze itens, o questionário também aborda três componentes do método centrado na pessoa: explorando a saúde, a doença e a experiência da doença (itens 1 e 3); entendendo a pessoa como um todo (item 9); e elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas (itens 2 e 4 a 8). Assim, também podem ser obtidos três escores: escore total, que é a soma de todas as respostas dividida por 9; o segundo escore, que corresponde ao primeiro componente em que as respostas são somadas e divididas por 2; e o terceiro escore no qual as respostas dos itens 2 e 4 a 8 são somadas e divididas por 6. Há apenas um item para o segundo componente, o item 9, e, dessa forma, não há cálculo de escore. (STEWART *et al.*, 2017). Tais escores foram analisados por analogia com os escores obtidos da versão completa do PCCP.

Cada item também será analisado separadamente, comparando-se resultados de alunos e profissionais médicos, entre os dois grupos, e a seguir entre os grupos de médicos.

Para comparar a Autoavaliação e avaliação da comunicação com as pessoas entre os grupos (Médicos que desempenham ADA, Médicos que não desempenham ADA e Internos), foram realizados testes não paramétricos de Kruskal-Wallis com *post-hoc* de Nemenyi para comparações múltiplas. (GIBBONS e CHAKRABORTI, 2010).

Todas as análises foram realizadas no programa IBM SPSS (IBM SPSS Statistics, 2016) a 5% de significância.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

A coleta de dados se iniciou, após a aprovação, com parecer consubstanciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) número 4.344.296, respeitando os preceitos éticos da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde de Imperatriz através do seu Núcleo de Ensino e Pesquisa autorizou a realização da pesquisa.

Cada participante da pesquisa concordou com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) prosseguindo no questionário apenas após dar anuência para o início da pesquisa.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. PERFIL DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Foram incluídos na pesquisa 31 médicos das trinta e oito UBS da cidade, sendo 17 em UBS com ADA e 14 não. Entre os 17 médicos atuantes em UBS com ADA, o tempo médio de graduado foi de 3,21 anos, sendo que 47% se graduaram em instituição privada e 53% em pública; além disso, em sua maioria eram do sexo feminino, correspondendo a 64,7%. Quando questionados se já ouviram falar no MCCP, a maioria 76,4% informaram ser conhecedores do método (tabela 1).

Tabela 1: perfil dos médicos assistentes das unidades básicas de saúde.

Variáveis		Médicos que desempenham ADA	Médicos que não desempenham ADA
Sexo	Masculino	6 (35,3%)	8(57,1%)
	Feminino	11 (64,7%)	6(42,9%)
Tempo de graduação	Média em anos	3,21	2,4
Instituição de graduação	Particular	8(47%)	9(64,3%)
	Pública	9(53%)	4(28,6%)
Conhece o MCCP	Sim	13(76,4%)	10(71,6%)
	Já ouviu falar	2(11,8%)	2(14,3%)
	Não	2(11,8%)	2(14,3%)

Fonte: elaborado pelo autor (2021).

Entre os médicos atuantes em UBS sem ADA, o tempo médio de graduado foi de 2,4 anos. Destes, 64,3% se graduaram em instituição privada e 28,6% em pública. Ao contrário do outro grupo, a maioria era do sexo masculino, correspondendo a 57,1%. Quando questionados se já ouviram falar no MCCP, a maioria 71,6% informaram ser conhecedores do método.

O total de estudantes do internato participantes da pesquisa foi de 64 internos, sendo 56,2% do sexo masculino, porcentagem similar ao grupo de médicos não atuantes em UBS com ADA. Quando questionados se já ouviram falar no MCCP, a maioria (84,5%) também informaram ser conhecedores do método, sendo que 12,5% conheciam superficialmente e

apenas 3% nunca tinham ouvido falar. Logo, há menos conhecedores do método entre os estudantes do que entre os médicos, reflexo das novas DCN na atual educação médica.

Na análise dos grupos, não houve diferença estatística entre os graduados em escola pública ou particular ou entre os sexos masculino ou feminino.

A escala de Likert aplicada às nove respostas do questionário mantiveram os escores mais baixos para as respostas mais relacionadas ao M CCP, por analogia ao questionário de 14 itens. Tomando-se o primeiro escore (tabela 2), que é o escore total, uma média das respostas dadas ao questionário e, portanto, mede o quanto o M CCP foi aplicado na prática assistencial utilizando-se a autoavaliação, tem-se o seguinte contexto: os médicos que prestam ADA tiveram escore de 1,86; os que não estão ligados a ADA obtiveram 1,70 e os internos 1,94. Apesar de todos os grupos conhecerem em sua maioria o M CCP, verificamos que, de uma maneira geral, os médicos não ligados a ADA desenvolveram melhor o M CCP aplicando tais habilidades na vivência assistencial, achado com significância estatística, em comparação com os demais médicos e os internos, que por sua vez não diferiram estatisticamente entre si.

Tabela 2: Escores médios \pm desvios-padrão do M CCP por grupo pesquisado de acordo com o domínio

	Médicos que desempenham ADA	Médicos que não desempenham ADA	Internato	<i>p-valor*</i>
ESCORE MÉDIO TOTAL	1,86 \pm 0,62a	1,70 \pm 0,71b	1,94 \pm 0,75a	0,002
Segundo escore (primeiro componente)	1,71 \pm 0,46	1,71 \pm 0,53	1,84 \pm 0,61	0,46
Terceiro escore (terceiro componente)	1,86 \pm 0,63a	1,61 \pm 0,68b	1,88 \pm 0,75a	0,004
Segundo componente	2,18 \pm 0,73	2,21 \pm 0,97	2,53 \pm 0,69	0,13

Menores escores estão mais relacionados ao M CCP. *Média com letras distintas diferem estatisticamente pelo teste de Kruskal-Wallis (comparação múltipla de Nemenyi) a 5%. Fonte: elaborado pelo autor (2021).

5.2. PRIMEIRO COMPONENTE: EXPLORANDO A EXPERIÊNCIA DA DOENÇA.

Analisando-se o segundo escore que representa o primeiro componente do M CCP (tabela 2), o grupo de médicos com ADA e sem ADA tiveram a média de 1,71, tendo os internos a média de 1,84. Contudo, não há diferença estatística nesse achado e, assim, reflete que o desempenho nesse componente é similar entre os grupos.

Analisando-se cada pergunta isoladamente desse componente (tabela 3), percebe-se que ao perguntar-se até que ponto o problema principal do paciente foi discutido e até que ponto você escutou o que a pessoa tinha a lhe dizer, os grupos não tiveram diferença estatística significativa quanto a resposta. Assim, todos os grupos aparentam ter o mesmo desempenho em desenvolver habilidades em ouvir a pessoa como um todo, sem focar-se exageradamente na doença dela.

Tabela 3: Escores médios \pm desvios-padrão do MCCP por grupo pesquisado por questão.

**		Médicos que desempenham ADA	Médicos que não desempenham ADA	Internos	<i>p-valor*</i>
1	Até que ponto o problema principal da pessoa atendida foi discutido hoje?	1,82 \pm 0,39	1,86 \pm 0,53	2,02 \pm 0,60	0,37
3	Qual a sua satisfação quanto à discussão sobre o problema da pessoa?	2,12 \pm 0,33	1,71 \pm 0,61	1,98 \pm 0,61	0,14
1	Até que ponto você escutou o que a pessoa tinha a lhe dizer?	1,59 \pm 0,51	1,57 \pm 0,51	1,66 \pm 0,57	0,88
3	Como você explicou o problema à pessoa?	1,71 \pm 0,59	1,64 \pm 0,50	1,67 \pm 0,64	0,95
3	Até que ponto você e a pessoa discutiram o papel de cada um? (Quem é responsável por tomar decisões e quem é responsável por quais aspectos do cuidado?)	2,00 \pm 0,87	2,00 \pm 0,88	2,39 \pm 0,85	0,10
3	Como você explicou o tratamento para a pessoa?	1,53 \pm 0,51	1,14 \pm 0,36	1,41 \pm 0,50	0,08
3	Você e a pessoa avaliaram se esse tratamento seria possível de ser realizado por ela? Discutimos isso...	2,12 \pm 0,70	1,57 \pm 0,85	2,08 \pm 0,88	0,10
3	Você acha que entendeu a pessoa bem hoje?	1,71 \pm 0,47	1,57 \pm 0,51	1,77 \pm 0,58	0,54
2	Até que ponto você discutiu questões pessoais ou familiares que podem afetar a saúde da pessoa?	2,18 \pm 0,73	2,21 \pm 0,97	2,53 \pm 0,69	0,13

Menores escores estão mais relacionados ao MCCP. *Teste de Kruskal-Wallis (comparação múltipla de Nemenyi) a 5%. ** Componente do MCCP. Fonte: elaborado pelo autor (2021).

O primeiro componente do método aborda as doenças com o foco na experiência de cada indivíduo com a doença, incluindo sentimentos e pensamentos que se alteram ao se estar doente. No entanto, isso só é possível se na abordagem clínica se questionar se a pessoa foi ouvida em relação ao motivo que a levou a procurar por atendimento médico, obtendo assim um olhar mais amplo para além da doença, de forma a incluir a exploração da saúde e a experiência da doença. (STEWART *et al.*, 2017).

O primeiro componente explora, então, a saúde, a doença e a experiência da doença. De fato, há neste componente uma preocupação com a doença, contudo não há foco nesta, o que diferencia o MCCP do antigo paradigma biomédico. Apesar disso, esse momento da abordagem centrada na pessoa ainda é o que mais aproxima o MCCP da antiga abordagem médica, pois é somente neste momento que há uma certa preocupação com a doença. Considerando-se um processo de transição de um antigo paradigma para um novo, talvez esse componente seja o mais fácil de se adaptar e adquirir a nova habilidade para centrar-se na pessoa, justificando-se assim o achado de todos os grupos desenvolverem bem esse componente.

5.3. SEGUNDO COMPONENTE: ENTENDENDO A PESSOA COMO UM TODO

Analisando-se o segundo componente do MCCP (tabela 2), o grupo de médicos com ADA teve a média de 2,18 e os sem ADA de 2,21, tendo os internos a média de 2,53. Ao contrário do primeiro escore, a menor média foi no grupo com ADA, mas não houve diferença estatística.

Apesar de essa ser a única pergunta que avalia o segundo componente, esse é um componente que na prática médica demanda um tempo considerável de ser abordado, pois inclui a análise de todo o contexto em que o indivíduo está inserido: condições de moradia, socioeconômicas, familiares, comunitárias e demais condições de saúde do próprio indivíduo que venha a interferir na maneira como sua principal queixa afeta sua vida, incluindo aí suas concepções e estado mental nesse momento.

Deste modo, a média desse componente pode ser mais complexa do que inicialmente imaginamos. O segundo componente busca entender a pessoa como um todo, conectando o primeiro componente ao entendimento integral da pessoa, incluindo a identificação e compreensão sobre em que estágio de vida encontra-se essa pessoa, o que contribui para análise dos fatores ambientais que interferem tanto no processo saúde-doença quanto no

desenvolvimento da personalidade deste indivíduo. Esses fatores ambientais, por sua vez, são analisados tanto em seu contexto próximo, destacando-se o contexto familiar, como também num contexto mais amplo, enquanto comunidade. (STEWART *et al.*, 2017). Logo, entende-se que não há como desenvolver a integralidade almejada pelo SUS se não se desenvolver esse componente na abordagem clínica.

Como observa-se na tabela 2, esse componente demonstrou a pior média comparada com os outros componentes do M CCP, dentro de cada outro grupo analisado. Logo, observa-se que esse componente é o que apresenta maior dificuldade de ser desenvolvido na abordagem centrada na pessoa, o que se justifica pela complexidade que é se alcançar a integralidade no atendimento. Isso também reflete o quão enraizado ainda está o modelo biomédico centrado na doença, que ignora o contexto do paciente como um fator determinante na saúde. Além disso, pode refletir o quão distante a assistência em saúde ainda está da realidade, visto esse componente ser o maior preditor do conhecimento da realidade em que cada indivíduo está inserido, algo que não é condizente com os objetivos das DCN.

5.4. TERCEIRO COMPONENTE: ELABORANDO UM PLANO CONJUNTO DE MANEJO DOS PROBLEMAS

Analisando-se o terceiro escore que corresponde ao terceiro componente do M CCP, o grupo de médicos com ADA teve a média de 1,86 e os sem ADA de 1,61, tendo os internos a média de 1,88 (tabela 2). Esse componente é o único condizente com os resultados da média geral de autoavaliação da aplicação do M CCP, em que o grupo sem ADA apresenta o menor escore e, portanto, desenvolve mais as habilidades de elaborar um plano conjunto de manejo dos problemas com o paciente, tendo da mesma forma significância estatística. O grupo com ADA e internato não diferiram entre si.

Analisando-se cada pergunta desse componente (tabela 3), em todas elas o grupo sem ADA teve menor média, exceto numa em que as médias foram iguais entre os grupos de médicos, quando se questionou até que ponto o assistente e o paciente discutiram o papel de cada um. Contudo, nenhuma pergunta teve diferença estatística.

Avaliando-se as perguntas isoladamente nesta pesquisa, percebe-se que ao se perguntar da satisfação quanto à discussão sobre o problema da pessoa, a melhor média foi do grupo sem ADA e a pior média do grupo com ADA. Isso pode refletir que, apesar de os médicos com ADA não estarem satisfeitos quanto o grau de discussão sobre o problema da pessoa, eles têm

consciência disso e isto pode representar o primeiro passo para reflexão, permitindo mudanças futuras e desejadas.

Quando questionado como se explicou o problema a pessoa, a melhor média também foi do grupo sem ADA e a pior média do grupo com ADA. Esse cenário se repetiu nas questões sobre como foi explicado o tratamento para a pessoa e se o tratamento seria possível de ser realizado por ela. Assim, infere-se que quanto a abordagem do plano terapêutico os internos e médicos sem ADA se sobressaem em detrimento dos médicos com ADA, talvez porque esses últimos repassam alguma responsabilidade de conversar sobre a conduta para os internos. Isso evidencia uma postura focada no diagnóstico e tratamento, repassando o momento de conversar sobre isso com os pacientes para a responsabilidade do estudante, algo que não acontece como opção quando não há ADA já que não há presença de estudantes.

Já ao se questionar se o médico entendeu bem a pessoa no contexto da consulta, a melhor média esteve nos sem ADA e a pior nos internos. Deste modo, percebe-se que os estudantes foram os que menos se consideraram entender bem a pessoa naquele contexto, o que pode se explicar pela falta de experiência em se abordar holisticamente cada paciente ou pelo excesso de auto cobrança quanto ao desempenho nessa habilidade, voltando suas opiniões para a possibilidade de sempre ser melhor, postura universalmente adotada por estudantes em fase de aprendizagem.

Vale ressaltar ainda que quando avaliado sobre o papel do assistente e da pessoa atendida sobre a tomada de decisões no que concerne ao cuidado em saúde, essa foi a pergunta com maior média neste componente e, portanto, pior desempenho, avaliando-se os três grupos conjuntamente (tabela 3). Isso reflete a dificuldade que o assistente tem, no universo dessa pesquisa, em definir o papel de cada um na abordagem centrada na pessoa, diminuindo a autonomia da pessoa atendida em detrimento de uma postura ainda centrada no médico.

O terceiro componente busca elaborar um plano conjunto de manejo dos problemas. Um plano conjunto parte de um consenso entre o médico e a pessoa. Para se chegar a este consenso é necessário que o médico tenha abordado a doença em todos os seus aspectos na vida daquela pessoa e ao mesmo tempo tenha compreendido todo o contexto dela para se definir o melhor manejo no enfrentamento daquele problema naquela situação vivenciada pela pessoa, o que evidencia a integração entre os componentes do MCCP. (STEWART *et al.*, 2017).

No geral, foi nesse componente que o grupo de médicos sem ADA se destacou com melhor desempenho, apesar de ter se identificado a fragilidade quanto a identificação do papel de cada um no cuidado em saúde, reflexão que se faz sobre estímulo a autonomia do paciente.

Foi nessa questão também que os internos se saíram pior que os médicos com ADA, expondo ainda mais o desenvolvimento da autonomia do paciente como fragilidade na educação médica. Os internos também tiveram o menor desempenho quando avaliado se entendeu bem a pessoa naquela abordagem, expondo um dilema da auto-avaliação para aqueles que estão num processo de aprendizagem: humildade levando ao reconhecimento de falhas ou inexperiência levando a falta de confiança no desenvolvimento de aptidões. De fato, na autoavaliação, uma pior nota nesse quesito levanta o questionamento se essa autoavaliação levou mais em consideração o fato dos estudantes terem consciência de suas fragilidades ou se o fato de serem estudantes os levarem a exigir mais de seu desenvolvimento de aptidões, algo que não se observa quando se já é graduado.

Neste terceiro componente também identificamos situações em que o desempenho dos internos foi melhor que dos preceptores, mas não do que os médicos não-preceptores, neste universo da pesquisa. Ao se avaliar sobre a explicação do problema e do tratamento a pessoa, assim como a avaliação se a pessoa teria como fazer o tratamento, o melhor desempenho dos internos pode se justificar pela responsabilidade passada dos preceptores a estes durante os atendimentos, levando os preceptores a negligenciarem esse aspecto da comunicação ao longo das consultas. Aquilo que se delega aos outros fazerem pode nunca ser feito por si mesmo.

É válido ressaltar que o quarto componente do MCCP, fortalecendo a relação entre a pessoa e o médico, não foi avaliado neste questionário, mas costuma se desenvolver durante todo o processo de abordagem assistencial, mesmo que não relacionada ao MCCP.

5.5. REFLEXÕES SOBRE O MCCP NA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO.

O MCCP é a materialização e documentação objetiva e organizada de como a abordagem em saúde deve ocorrer de maneira mais integral e holística possível, efetivando o conceito de saúde como completo bem estar físico e mental. Aliás, o conceito de doença nesse contexto também passa a ser refletido, pois num modelo biomédico espera-se alteração ou dano a algum órgão e tecido, mas na visão mais ampliada qualquer alteração no próprio conceito de saúde passa a ser considerada doença, mesmo que não se identifique uma, afinal, “[...]a proporção do desconforto que sente não se refere apenas à extensão do dano aos tecidos, mas também ao significado pessoal dado à saúde e à experiência da doença.” (STEWART *et al.*, 2017).

Os resultados desta pesquisa mostraram que os médicos não ligados a ADA desenvolveram melhor o MCCP aplicando tais habilidades na vivência assistencial, em comparação com os demais médicos e os internos. Tal evidência reflete a fragilidade no processo formativo dos estudantes no que se refere ao MCCP, embora alguns pontos terem sido similares entre os grupos.

O fato de os médicos que não desenvolvem ADA terem melhor desempenho nas habilidades de MCCP sugere que a Integração Ensino Serviço deve ser instituída em toda a rede de saúde disponível na região, valorizando o potencial desses médicos para o ensino de preceptoria na graduação, aproximando-os da academia de forma a fortalecer o desenvolvimento de habilidades em MCCP.

Desta forma, vale ressaltar que nada é mais impactante no aprendizado do que a experiência do cotidiano assistencial que serve como modelo de perpetuação das habilidades. Logo, infere-se que a Integração Ensino-Serviço parece ser de grande valor na conduta assistencial voltada ao MCCP.

É válido ressaltar que na Integração Ensino-Serviço outros benefícios impactantes se observam, tanto para os estudantes, quanto para a instituição de ensino, para os profissionais assistentes, para a gestão e para os próprios pacientes, destacando-se: ampliação da cobertura de assistência tanto em ações individuais quanto coletivas; aumento da disponibilidade e velocidade de ação; estímulo a maior participação popular; busca pela integralidade e resolubilidade adequadas à realidade local; articulação entre teoria e prática e uma formação mais humanizada e inserida na realidade local; ampliação do conhecimento do SUS e a aproximação dos alunos à saúde coletiva; e colaboração com o processo de mudanças na formação em saúde (ALBIERO e FREITAS 2017).

O baixo desempenho de estudantes ao abordar o MCCP em comparação com os demais grupos na maioria dos quesitos apresentados no questionário nesta pesquisa pode evidenciar fragilidades na implantação dos projetos pedagógicos dos cursos de medicina, que devem ser construídos sob a visão das novas DCN, prezando pela medicina centrada na pessoa. Apesar desses estudantes de início serem mais conhecedores do MCCP, visto apresentar uma maior porcentagem de assistentes que conheciam o método (tabela 1), suas autoavaliações demonstraram pouca aplicação do método na assistência, o que evidencia uma dificuldade de desenvolver habilidades, e não necessariamente de conhecimento dessas habilidades. Saber não

é fazer, pois é necessário aprender a conhecer, aprender a fazer e aprender a ser, simultaneamente fazendo as três ações. (DELORS, 2012).

As diferenças das duas últimas DCN nos faz refletir que as políticas têm uma preocupação sobre de que maneira o que se define é aplicado na prática. Exemplo disso são os principais itens mencionados como alterações das novas DCN, que no geral buscam aproximar a educação da realidade vivenciada no país com intuito de preparar o egresso para atender as reais necessidades da população, sedentos de uma medicina mais integral, holística e menos centrado na doença. (ROCHA, 2018).

Ignorar todos os fatores em que cada indivíduo está inserido no momento de abordar sua doença é caminho para o insucesso no desenvolvimento da saúde de cada um. Muitas lacunas foram fechadas com as novas DCN, mas a metodologia de como ela deve ser aplicada ainda deve ser mais bem definida nas próprias diretrizes, tendo em vista o resultado dessa pesquisa.

É notório que há o conhecimento sobre o MCCP mas não se identifica o desenvolvimento adequado dessas habilidades nos estudantes em formação. Isso nos faz questionar quais metodologias seriam melhor utilizadas para a aquisição dessas habilidades durante a graduação e que mais investimentos na qualificação docente seriam necessários. De acordo com Barbosa (2017), essa lacuna pode ser explicada pelo fato de, apesar de conteúdos constarem em projetos pedagógicos, nem sempre eles são ministrados.

Para resolver essas lacunas na educação médica, Barbosa e Ribeiro (2016) sugerem que haja incorporação de disciplinas que envolvam o MCCP na organização curricular e que os projetos pedagógicos devam incluir abordagens interdisciplinares que permitam ao estudante o acesso a diferentes visões sobre como se percebe a saúde e a doença. Shah *et al.* (2016) citam ainda que tais mudanças sejam incorporadas o mais precoce possível no decorrer do curso médico, permitindo que programas longitudinais de habilidades de comunicação sejam integrados. Ressalta ainda que, ao longo do tempo, o ensino de habilidades de comunicação costuma declinar nos anos clínicos da graduação à medida que se especializa mais o ensino. Contudo, o desejado é o contrário: o MCCP deve se incorporar cada vez mais aos anos clínicos da formação médica ao invés de se distanciar, afinal todas as áreas médicas necessitam de tais habilidades.

Barbosa (2017) sugere, como resultado do estudo sobre MCCP na formação médica, que haja nos projetos pedagógicos:

Ênfase na prática, supervisão do professor nas anamneses, cobrança do conteúdo nas avaliações formais teóricas e práticas, adoção de um roteiro de anamnese centrado na pessoa, realização de simulação de consultas ou role-plays e *videofeedback* como metodologias de treinamento.

Para melhor articular o ensino do MCCP na formação médica, Stewart *et al.* (2017) cita alguns itens a serem abordados: atendimento de pacientes pelos estudantes e preceptores em paralelo, permitindo que preceptor tenha tempo para discussão após atendimento dos estudantes e ao mesmo tempo permitindo a manutenção do número de pacientes atendidos no serviço; observação, de início, da atuação de professores em consultas mas posteriormente serem dadas responsabilidades ao estudante na abordagem dos pacientes; planejamento com a equipe de saúde para organização do processo de trabalho permitindo tempo para relato e revisão com a equipe no fim da sessão; reserva de um longo tempo para que o estudante possa entrevistar paciente, permitindo contato com a experiência única da doença da pessoa; uso do relato de caso centrado na pessoa; avaliação de desempenho após observação da entrevista; estímulo a autorreflexão sobre os casos atendidos e leitura de artigos científicos relacionados ao caso; organização de portfólios com reflexões sobre suas experiências de cuidado e de suas relações com colegas, professores e familiares; discussões sobre a medicina centrada na pessoa, com base em evidências; e aplicação do modelo de preceptoria em um minuto e método SNAPPS, descritos a seguir.

O modelo de preceptoria em um minuto consiste em cinco passos (micro-habilidades): comprometimento do educando com uma opinião a respeito de um caso; busca de evidências que sustente sua opinião; ensino de regras ou recomendações, questionando que mensagem se obtém da experiência com uma pessoa específica; ênfase do que está correto e correção do que está errado. Já o método SNAPPS é um acrônimo de seis passos: S- sintetização do caso da pessoa, com histórico e achados mais relevantes da anamnese e exame físico; N- *narrow*, que consiste em delimitar o diagnóstico e/ou tratamento, ou seja, conclusões, a um número estreito de possibilidades; A- análise das possibilidades a partir da revisão de evidências, aceitando ou excluindo-as; P- pedir ajuda ao preceptor, seja na checagem de algum conhecimento ou em alguma habilidade na abordagem da pessoa; P- planejamento da conduta a ser tomada para aquela pessoa, junto ao preceptor; S- seleção de pergunta motivadora à continuação do estudo baseado naquele caso abordado. Em comparação com o primeiro método, este último é mais

detalhado, mas não foca na avaliação do desempenho, por isso alguns autores acrescentam mais um S ao método: solicitação de avaliação de desempenho. (STEWART *et al.*, 2017).

Com base nesses conhecimentos e nos resultados obtidos nesta pesquisa, considera-se que todos esses métodos de ensino estimulam o envolvimento do professor com o MCCP para que possibilite o aprendizado do método aos estudantes, o que demanda tempo e persistência, com ajustes e reflexões constantes na metodologia. Avaliação de desempenho nesses casos é essencial para se chegar ao diagnóstico das limitações da educação médica e a partir daí haver planejamento e mudanças, tudo no intuito de desenvolver profissionais capacitados a atuar com uma visão integral, holística e longitudinal da pessoa, buscando uma maior resolutividade, conforme as políticas públicas almejam.

Os resultados permitem também que se faça uma reflexão sobre a importância de inserir o aluno na realidade de cada pessoa e nesta realidade presenciar a atuação da equipe de saúde, algo almejado na Integração Ensino-Serviço. Assim, todo esse processo de aprendizagem na abordagem da pessoa deve ser incorporado pelos profissionais assistentes, já que eles também estão inseridos nessa realidade. Isso torna essa integração uma via de mão dupla em que os que serão inseridos no processo de aprendizagem tenham muito o que aprender com todos os envolvidos na realidade, e os que já estão lá também tenham o que aprender, incluindo como fazer acontecer esse processo de aprendizagem, como observado por Freire (1996): todo mundo aprende e todo mundo ensina. Este processo passa então a não ser algo exclusivo do corpo docente da universidade, muitas vezes marcado pela aprendizagem baseada no modelo biomédico, o que exige readaptação para novas realidades.

Quando se fala em Integração Ensino-Serviço, espera-se que a presença da universidade seja um fator determinante no avanço das habilidades de comunicação, já que esta traz à prática toda a teórica atualizada do processo de aprendizagem que deveria estar focado nessas habilidades. Contudo, a realidade pode trazer particularidades e surpresas que vêm a engrandecer o processo de aprendizagem: ninguém é tão sabedor que não tenha algo a aprender (FREIRE, 1996).

Assim, a realidade é um importante fator no desenvolvimento das habilidades de comunicação durante o tempo em que se vivencia a graduação. E mais ainda, pode-se inferir que as habilidades de comunicação estão em constante desenvolvimento e devem ser uma preocupação para a gestão no processo de educação permanente dos profissionais atuantes no

sistema público de saúde, afinal muitos ainda necessitam aprimorar habilidades ou adquirir novos conhecimentos após o egresso da universidade.

De fato, a universidade nunca deve “sair” do meio em que ela se propõe a fornecer os recursos humanos, já que há uma codependência dessa relação ensino-serviço. Isso torna a Integração Ensino-Serviço um universo fascinante de se pesquisar, estudar e desenvolver.

6. CONCLUSÃO

Esta pesquisa permitiu refletir sobre a contribuição da Integração Ensino-Serviço na atenção básica para o desenvolvimento de habilidades do cuidado centrado na pessoa. Trouxe-nos a possibilidade de discutir sobre sua postura médica diante da abordagem com os pacientes, identificando pontos que podem ser melhorados a partir do momento que se faz uma autoavaliação. Mesmo que os resultados tenham vieses quanto a veracidade das informações, considerando a sua subjetividade durante a autoavaliação, o reconhecimento dos pontos de fragilidades que podem ser melhorados constitui-se o primeiro passo para a mudança na abordagem assistencial de forma a aprimorar a integralidade do cuidado que tanto almeja o sistema público de saúde.

Na habilidade de comunicação, o bom desempenho de profissionais não ligados a universidade traz a reflexão que a Integração Ensino-Serviço deve ser melhor efetivada de maneira a abranger todos os profissionais atuantes na AB, palco da formação de recursos humanos para o SUS, possibilitando a aquisição de todo o potencial formador de recurso humano disponível em cada realidade.

A melhoria na adaptação às novas DCN deve sempre ser estimulada. Contudo, não é suficiente que os projetos pedagógicos apenas abordem as mudanças necessárias, mas que seja definido as metodologias dessas abordagens para que elas realmente sejam ministradas e não haja declínio da abordagem ao longo do tempo. Sabe-se que as dificuldades neste percurso refletem o processo de aprendizagem do próprio corpo docente, muitas vezes inseridos num contexto de educação médica ainda marcada por antigos paradigmas. Segundo Freire (1996), é difícil ensinar algo que não se aprendeu, mas é possível se aprender ensinando.

As metodologias problematizadoras são extremamente úteis e valiosas no processo de aprendizagem, e marcadamente imprescindíveis no contexto da integração ensino-serviço-comunidade, na qual a realidade vivenciada permite o ensino com significado, relacionando teoria à prática e permitindo o desenvolvimento das habilidades dos profissionais de saúde, em especial daquelas relacionadas ao MCCP.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBIERO, J. F. G.; FREITAS, S. F. T. Modelo para avaliação da Integração Ensino-Serviço em Unidades Docentes - assistenciais, na Atenção básica. **Saúde e Debate**. Rio de Janeiro, v. 41, N. 114, P. 753-767, jul./ set. 2017.

ALMEIDA, F. C. M. *et al.* Avaliação da Inserção do Estudante na Unidade Básica de Saúde: Visão do Usuário. **Revista Brasileira Educação Médica**. v. 36, n. 1, p. 33-39; 2012. Supl. 1.

BARBOSA, M. S. **O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde: aplicação e dificuldades na utilização por estudantes de medicina**. 2017. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

BARBOSA, M. S.; RIBEIRO, M. M. F. O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 26, n. 8, p. S216–S222, 2016.

BÍBLIA, A. T. Provérbios. In BÍBLIA. Português. **Bíblia de Aparecida**. Tradução de José Raimundo Vidigal. São Paulo: Editora Santuário, 2016. p. 932.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 1-5, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8745, de 09 de dezembro de 1993, e nº 6932, de 07 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 1-4, 23 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Brasília, DF: Ministério da Educação, p. 1-6, 2001

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Brasília, DF: Ministério da Educação, p. 1-14, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017.

Aprova Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa Mais Médicos – Dois anos: Mais Saúde para os Brasileiros**. [S.l.: s.n.], 2015. Disponível em: <http://dkw4g894e1jim.cloudfront.net/images/PDF/Livro_2_Anos_Mais_Medicos_Ministerio_da_Saude_2015.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2021.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CNES- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Consulta estabelecimento - identificação**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em: 12 abr. 2021.

CERON, M. **Habilidades de Comunicação**: Abordagem centrada na pessoa. *Unasus. Unifesp. Br*, 2013. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_psicossocial/Unidade_17.pdfhttp://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_psicossocial/Unidade_17.pdf. Acesso em: 30 out. 2020.

DELORS, J. (org.). **Educação um tesouro a descobrir** – Relatório para a Unesco da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI. 7. ed.: Cortez, 2012.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GIBBONS, J. D.; CHAKRABORTI, S. **Nonparametric Statistical Inference**, 5th ed. Florida: CRC Press, 2010.

IBM Corp. Released 2016. **IBM SPSS Statistics for Windows**, Version 24.0. Armonk, NY: IBM Corp.

KOLLING M.G.; HARZHEIM E. **Avaliação do método clínico centrado na pessoa:** tradução e validação do patient perception of patient centeredness questionnaire [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012.

LOPES, J. M. C.; RIBEIRO, J. A. R. A pessoa como centro do cuidado na prática do médico de família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 34, p. 1–13, 2015.

MEZZICH, J. E. *et al.* Communication and Relationships in Person Centered Medicine. **The International Journal of Person Centered Medicine**, v. 6, n. 1, p. 1-6, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1.124, DE 4 DE AGOSTO DE 2015. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 2015, n. 148, p. 193, 05 ago. 2015.

PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. A centralidade do usuário na avaliação em saúde: outras abordagens. *In*: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (org.). **Avaliação em Saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. 1 ed. Recife: CEPESC-IMA-UERJABRASCO/Editora Universitária da UFPE, 2009. p.37-52.

ROCHA, V.X.M. **Reformas na educação médica no Brasil: estudo comparativo entre as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em medicina de 2001 e 2014**. 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Católica de Santos, Santos, 2018.

SHAH S. *et al.* Has the inclusion of a longitudinally integrated communication skills program improved consultation skills in medical students? A pilot study. **Journal of Family Medicine and Primary Care**, v. 5, n. 1, p. 45-50, 2016.

STEWART, M. *et al.* Medindo as percepções do cuidado centrado na pessoa. *In*: STEWART, M. *et al.* **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico**.

Tradução: Anelise Burmeister, Sandra Maria Mallmann da Rosa; revisão técnica: José Mauro Ceratti Lopes. – 3. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2017.

STEWART, M. *et al.* The Impact of Patient-Centered Care on Outcomes. **The Journal of Family Practice**, v. 49, n. 9, p. 796-804, 2000.

UFMA- UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. **PPC- PROJETO PEDAGÓGICO DO CURSO DE MEDICINA -CAMPUS IMPERATRIZ**, 2013.
Disponível em: https://sigaa.ufma.br/sigaa/public/curso/ppp_curso.jsf?lc=pt_BR&lc=pt_BR&id=12125248. Acesso em: 07 jan. 2021.

ANEXO A- Autoavaliação e avaliação da comunicação com as pessoas – avaliação feita pelo especialista

Identificação:

Nome (iniciais):

Idade:

Sexo:

Função:

Unidade:

Autoavaliação e avaliação da comunicação com as pessoas – avaliação feita pelo especialista				
Por favor, circule a resposta que melhor representa sua opinião.				
1. Até que ponto o problema principal da pessoa atendida foi discutido hoje?	Completamente	Bastante	Um pouco	Nem um pouco
2. Qual a sua satisfação quanto à discussão sobre o problema da pessoa?	Muito satisfeito	Satisfeito	Pouco satisfeito	Insatisfeito
3. Até que ponto você escutou o que a pessoa tinha a lhe dizer?	Completamente	A maior parte	Um pouco	Nem um pouco
4. Como você explicou o problema à pessoa?	Completamente	Bastante	Um pouco	Nem um pouco
5. Até que ponto você e a pessoa discutiram o papel de cada um? (Quem é responsável por tomar decisões e quem é responsável por quais aspectos do cuidado?)	Completamente	Bastante	Um pouco	Não discutimos isso
6. Como você explicou o tratamento para a pessoa?	Muito bem	Bem	Mais ou menos	Nem um pouco
7. Você e a pessoa avaliaram se esse tratamento seria possível de ser realizado por ela? Discutimos isso...	Completamente	Bastante	Um pouco	Nem um pouco
8. Você acha que entendeu a pessoa bem hoje?	Muito bem	Bem	Mais ou menos	Nem um pouco
9. Até que ponto você discutiu questões pessoais ou familiares que podem afetar a saúde da pessoa?	Completamente	Bastante	Um pouco	Nem um pouco

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Resolução 466/2012 do CNS)

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa: **PERCEPÇÃO DO CUIDADO CENTRADO NA PESSOA: AVALIAÇÃO DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA ATENÇÃO BÁSICA.**

Esta pesquisa consiste numa avaliação da participação do curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão nas Unidades Básicas de saúde de Imperatriz, utilizando-as como cenário de prática. A pesquisa é desenvolvida como parte do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE - FIOCRUZ/UFMA. O referido projeto será desenvolvido por Willian da Silva Lopes, médico, professor da Universidade Federal do Maranhão e aluno do Programa, sob a orientação da Prof^a Dra. Maria do Carmo Barbosa Lacerda.

Os objetivos do estudo são avaliar a Integração Ensino Serviço na Atenção Primária em Saúde, nos cenários de prática do curso de medicina da Universidade Federal do Maranhão do Campus Imperatriz, identificando pontos das habilidades de comunicação que favorecem a Integração Ensino-Serviço.

A finalidade deste trabalho é contribuir para melhoria na formação dos profissionais, da área de saúde, na Atenção Primária à Saúde, durante a graduação.

O (a) senhor (a) foi selecionado (a) para participar dessa pesquisa, como assistente nas Unidades Básicas de saúde da cidade de Imperatriz-MA. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento o (a) senhor (a) poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. A sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os dados.

Sua participação se fará respondendo a 01 (uma) entrevista com questionário. O tempo necessário foi calculado, em aproximadamente, 5 (dez) a 10 (quinze) minutos. O preenchimento deste questionário e a entrevista não oferecem riscos imediatos ao (a) senhor (a), porém caso o senhor(a) sinta-se desconfortável em respondê-los, mesmo após ter aceitado, poderá optar pela suspensão imediata.

Considerando que o risco relaciona-se à quebra da confidencialidade, os pesquisadores se comprometem a manter sigilo das informações e guardar as mesmas em local seguro. Somente os pesquisadores terão acesso às informações.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase da pesquisa. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos.

O senhor (a) não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar do estudo. O senhor (a) será assistido por qualquer tipo de dano resultante que seja relacionado a sua participação na pesquisa, direito de assistência integral gratuita por danos diretos/indiretos e imediatos/tardios, pelo tempo que for necessário.

O (a) senhor (a) receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por vossa senhoria e pelo pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora, ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa

e concordo em participar.

Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para garantir a proteção dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade. Este trabalho foi submetido a aprovação pelo Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário. Telefone (98) 2109 1250, endereço Rua Barão de Itapary, 227, quarto andar, Centro, São Luís-MA. CEP-65.020-070.

Considerando, que fui informado (a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos.

Estou ciente, que receberei uma via desse documento.

Imperatriz - Ma , ____ de _____ de _____

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador principal

Contato com o Pesquisador Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o pesquisador WILLIAN DA SILVA LOPES; Telefone: (99) 981110024; ou e-mail: willsilopes@hotmail.com; End: Rua Benedito Leite, S/N - Centro, Imperatriz - Ma, 65.900-000.