

CUIDADO CENTRADO NA PESSOA: REFLEXÕES DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA ATENÇÃO BÁSICA

PERSON-CENTERED CARE: REFLECTIONS ON TEACHING-SERVICE
INTEGRATION IN PRIMARY CARE

ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA: REFLEXIONES SOBRE LA
INTEGRACIÓN ENSEÑANZA-SERVICIO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

Willian da Silva Lopes¹
Márcio Moysés de Oliveira²
Leonardo Hunaldo dos Santos³
Maria Raimunda Santos Garcia⁴
Maria do Carmo Lacerda Barbosa⁵

RESUMO

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina primam pelo fortalecimento da formação na Atenção Primária priorizando, no âmbito da atenção à saúde, o cuidado centrado na pessoa. O objetivo deste trabalho é avaliar o impacto da integração ensino-serviço para o desenvolvimento dessa habilidade, através de pesquisa de abordagem qualitativa e quantitativa, utilizando o questionário de Percepção do Cuidado Centrado na Pessoa. O universo da pesquisa foi composto por três grupos: médicos com e sem atividade docente-assistencial e alunos de medicina no internato. Os melhores resultados foram obtidos pelos profissionais com vínculo na atenção primária, sem atividade docente assistencial. O baixo desempenho dos internos sugere a necessidade de estratégias para aproximar a universidade dos serviços de saúde e garantir a qualificação docente, com vistas à aquisição de habilidades necessárias aos estudantes de medicina, para o desenvolvimento de boas práticas de cuidado centrado na pessoa.

Palavras-chave: Cuidado Centrado no Paciente; Educação Médica; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

¹Universidade Federal do Maranhão. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7963-8407>. E-mail: lopes.william@ufma.br

²Universidade Federal do Maranhão ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8768-5297>. E-mail: marcio.moyses@ufma.br

³Universidade Federal do Maranhão. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2280-4643>

⁴Universidade Federal do Maranhão. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5355-5654>. E-mail: mrs.garcia@ufma.br

⁵Universidade Federal do Maranhão. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7265-8627>. E-mail: mcl.barbosa@ufma.br

The National Curricular Guidelines for the Medical Course emphasize the strengthening of training in Primary Care, prioritizing person-centered care within the scope of health care. The objective of this study is to evaluate the impact of teaching-service integration on the development of this skill, through qualitative and quantitative research, using the Person-Centered Care Perception questionnaire. The research universe was composed of three groups: physicians with and without teaching-care activities and medical students in internship. The best results were obtained by professionals with a link to primary care, without teaching-care activities. The low performance of the interns suggests the need for strategies to bring the university closer to health services and ensure teaching qualifications, with a view to acquiring the necessary skills for medical students, for the development of good practices in person-centered care.

Keywords: Patient-Centered Care; Medical Education; Primary Health Care.

RESUMEN

Las Directrices Curriculares Nacionales de la Carrera de Medicina se centran en fortalecer la formación en Atención Primaria, priorizando, en el ámbito de la atención en salud, la atención centrada en la persona. El objetivo de este trabajo es evaluar el impacto de la integración enseñanza-servicio en el desarrollo de esta habilidad, a través de una investigación con enfoque cualitativo y cuantitativo, utilizando el cuestionario de Percepción de Atención Centrada en la Persona. El universo de la investigación estuvo conformado por tres grupos: médicos con y sin actividad docente-asistencial y estudiantes de medicina en internado. Los mejores resultados los obtuvieron los profesionales que trabajan en atención primaria, sin actividades de asistencia docente. El bajo desempeño de los pasantes sugiere la necesidad de estrategias para acercar la universidad a los servicios de salud y garantizar la calificación docente, con miras a adquirir las habilidades necesarias para que los estudiantes de medicina desarrollen buenas prácticas en atención centrada en la persona.

Palabras clave: Atención Centrada en el Paciente; Educación Médica; Atención Primaria de Salud.

INTRODUÇÃO

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do Curso de Medicina no Brasil primam pelo fortalecimento da formação na Atenção Primária, no modelo ensino-serviço, priorizando, no âmbito da atenção à saúde, o cuidado centrado na pessoa (Brasil, 2014).

Essa lógica ganhou destaque a partir da criação do Programa Mais Médicos pelo Brasil (PMMB) através da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, a qual encontra-se fundamentada pelas diretrizes pedagógicas da Educação Permanente (EP) a partir de modalidades formativas de ensino, pesquisa e

extensão (Brasil, 2013, 2015).

Para o alcance desse objetivo, novas estratégias foram desenvolvidas destacando-se a reordenação da oferta de cursos de medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com a menor relação de médicos/ mil habitantes, mas que apresentassem estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para formação mediante integração ensino–serviço (Brasil, 2018).

Este modelo possibilita a diminuição da distância entre a formação médica, a realidade local e as necessidades assistenciais no Sistema Único de Saúde (SUS), aproximando professores, estudantes e profissionais de saúde aos usuários do SUS, os quais são alvos de todas as ações, tanto pedagógicas quanto assistenciais (Albiero; Freitas, 2017).

Nesse contexto, considerando-se que a Atenção Básica à Saúde (ABS) é a principal porta de entrada ao sistema de saúde, a abordagem clínica centrada na pessoa é reconhecidamente a metodologia mais apropriada para o estabelecimento do vínculo indispensável para o desenvolvimento da integralidade da atenção à saúde e para a identificação dos determinantes sociais no processo saúde-doença (Ceron, 2013; Brasil, 2017; Buss; Pellegrini Filho, 2007).

Assim, ressalta-se que o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), é fundamental para a identificação da verdadeira razão do paciente procurar atendimento médico na ABS e favorecer a criação desse vínculo, rompendo com a abordagem centrada na doença, puramente organicista que se distancia da realidade social, determinando prejuízos na obtenção do correto diagnóstico e do seguimento do paciente (Stewart *et al.*, 2017).

Segundo esse mesmo autor, o MCCP aborda quatro componentes: o primeiro refere-se à abordagem dos sentimentos da pessoa sobre estar doente, suas idéias sobre o que está errado com ele, o impacto do problema em em suas atividades cotidianas e suas expectativas sobre o que deveria ser feito; o segundo componente aborda os aspectos pessoais prévios, contexto próximo e o contexto amplo; o terceiro 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 sempre a autonomia do paciente; o quarto componente é abordado durante toda a consulta, visando estabelecer uma relação médico-paciente capaz de atingir os objetivos desejados por ambas as partes.

Neste sentido, o desenvolvimento da 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 passíveis de serem cultivadas, ensinadas e melhoradas (Mezzich *et al.*, 2016).

Assim, as DCNs para os cursos de medicina no Brasil assimilaram-nas como objetivos a serem alcançados na formação médica, apesar não explicitar a metodologia a ser desenvolvida e como alcançar essa habilidade no processo formativo durante a graduação (Brasil, 2014).

De fato, quando os novos currículos médicos apresentam um desenho que possibilita a inserção precoce do estudante no campo de prática da ABS, espera-se aumentar as chances de desenvolvimento de habilidades que favoreçam o aprendizado com base na comunidade, contudo esse processo ainda é muito conturbado.

A aproximação da universidade com o SUS depende muito do contexto local, do planejamento institucional e de investimentos na qualificação docente para o ensino na saúde, nesta nova concepção de formação na área da saúde.

Desta forma, identificar se as habilidades comunicacionais dos estudantes de medicina estão sendo estimuladas, nas suas relações com os usuários, possibilita a identificação do impacto das atividades de ensino na formação médica no modelo ensino-serviço, conforme preconizam a DCNs, sendo este o objetivo deste trabalho.

METODOLOGIA

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). Foi realizada no período de outubro de 2020 a janeiro de 2021, no município de Imperatriz, segunda maior cidade do estado do Maranhão, onde há três cursos de graduação em Medicina instalados após a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 (Brasil, 2013).

O curso de medicina da Universidade (UFMA) Federal do Maranhão foi criado em 2017, sendo o primeiro a ser instalado no Sul do estado. Em seguida dois outros cursos foram aprovados, sendo um da Universidade Estadual do Maranhão (UEMASUL) e o outro da iniciativa privada, a Universidade do Centro Universitário do Maranhão (CEUMA).

O universo da pesquisa foi composto por três grupos: médicos com e sem Atividade Docente-Assistencial (ADA) atuantes na ABS e alunos do internato do curso de medicina da UFMA que se encontravam em Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde se desenvolviam as ADA do estágio obrigatório de medicina da família, distribuídos nos quatro distritos sanitários de Imperatriz.

Foram incluídos no estudo os alunos de medicina, regularmente matriculados, e que estavam no internato, no estágio de medicina de família; os médicos com e sem ADA na ABS, sendo os primeiros com vínculos na UFMA após a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Como critério de exclusão aqueles médicos que não possuísem vínculo com a ABS ou atividade docente-assistencial como preceptores da UFMA e alunos de medicina de outras instituições

Os participantes foram abordados por contato eletrônico, em virtude das medidas de segurança decorrentes da pandemia de Covid-19 iniciada em 2019. Utilizou-se o questionário adaptado da PCCP validado por Kolling (2012) numa versão curta de nove itens denominada “Autoavaliação e avaliação da comunicação com as pessoas – avaliação feita pelo especialista”, apresentada por Stewart *et al.* (2017).

Nessa versão curta, pode-se inferir por analogia com o PCCP que as questões 1 e 3 referem-se ao primeiro componente do MCCP, a questão 9 ao segundo componente e as questões 2, 4, 5, 6, 7 e 8 correspondem ao terceiro

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

O questionário utiliza escala de Likert com 4 (quatro) respostas para cada pergunta, sendo os menores escores relacionados à medicina centrada na pessoa.

Na análise foram 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 avaliados por analogia com os escores obtidos da versão completa do PCCP.

Cada item também foi analisado separadamente, comparando-se resultados dos alunos e médicos e em seguida entre os dois grupos de médicos, isto é, aqueles com ou sem ADA.

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; Chakraborti, 2013).

Todas as análises foram realizadas no programa da *International Business Machine, Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS Statistics, 2016) com 5% de significância.

Os dados foram coletados após a aprovação do Núcleo de Ensino e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Imperatriz e do 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 (Brasil, 2012).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram incluídos na pesquisa 31 médicos em atividade em uma das 38 das 38 UBS de Imperatriz, sendo 17 em UBS com ADA e 14 sem ADA. Foram excluídos três alunos por terem obtido a graduação. Entre os 17 médicos atuantes em UBS com ADA, o tempo médio de graduado foi de 3,21 anos, sendo que 47% destes, graduaram-se em instituição privada e 53% em pública, sendo a maioria do sexo feminino, correspondendo a 64,7%. A maioria dos entrevistados (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	Privada	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 pelos autores (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, (57,1%). Quando questionados se conheciam o MCCP, a maioria (71,6%) informaram que sim.

Em relação aos alunos de medicina, o universo 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 conheciam o MCCP, a maioria (84,5%) também informaram ser conhecedores, 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, provavelmente por reflexo das novas DCNs na educação médica.

Na análise dos grupos, (Tabela 1) não houve diferença estatisticamente significativa entre os graduados em escola pública e privada ou entre os sexos masculino ou feminino.

Na análise dos grupos de acordo com o domínio (Tabela 2) a escala de *Likert* aplicada às nove respostas do questionário, mantiveram os escores mais baixos para as respostas mais relacionadas ao MCCP, por analogia ao questionário de 14 itens. Tomando-se o primeiro escore que é o escore total, obteve-se uma média das respostas que representa o quanto o MCCP foi aplicado na prática assistencial, utilizando-se a autoavaliação: 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 MCCP, os médicos não ligados a ADA desenvolveram melhor o MCCP aplicando tais habilidades na vivência assistencial, sendo estatisticamente significativo quando comparado aos médicos com ADA e não havendo significância estatística deste último grupo com os internos. (Tabela 2).

Tabela 2 - Escores médios \pm desvios-padrão do MCCP por grupo pesquisado de acordo com o domínio.

	Médicos que desempenham ADA		Médicos que não desempenham ADA		Internato	<i>p</i> -valor*
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

Nota: Menores escores estão mais relacionados ao MCCP. *Média com letras distintas diferem estatisticamente pelo teste de Kruskal-Wallis (comparação múltipla de Nemenyi) a 5%.

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

Ao analisar o segundo escore que representa o primeiro componente do MCCP, o grupo de médicos com ADA e sem ADA tiveram a média de 1,71, tendo os internos a média de 1,84. Contudo, a análise não mostrou diferença

estatisticamente significativa entre os grupos.

Analisando-se cada pergunta isoladamente desse componente (Tabela 3), os resultados mostraram que, ao ser perguntado 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 entre si. Assim, todos os grupos aparentaram ter o mesmo nível de desempenho em desenvolver habilidades em ouvir a pessoa como um todo, sem focar-se exageradamente na doença dela.

O primeiro componente explora a saúde, a doença e a experiência da doença. Embora neste componente haja uma preocupação com a doença, esta encontra-se dentro do contexto de vida do paciente, 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 (Barbosa; Ribeiro, 2016; Shah *et al.*, 2016).

Ao se considerar um processo de transição de um antigo paradigma para um novo, talvez esse componente seja o mais fácil de adaptação na prática médica, o que pode explicar a semelhança entre os grupos.

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

**		Médicos que desempenham ADA		Médicos que não desempenham ADA		Internos	p-valor*
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	± 0,87	2,00	± 0,88	2,39	$\pm_{0,85}$	0,10
3	Como você explicou o tratamento para a pessoa? Você e a pessoa avaliaram se esse tratamento seria possível de ser realizado por ela? Discutimos isso...	1,53	± 0,51	1,14	± 0,36	1,41	$\pm_{0,50}$	0,08
3	Você acha que entendeu a pessoa bem hoje? Até que ponto você discutiu questões pessoais ou familiares que podem afetar a saúde da pessoa?	2,12	± 0,70	1,57	± 0,85	2,08	$\pm_{0,88}$	0,10
3		1,71	± 0,47	1,57	± 0,51	1,77	$\pm_{0,58}$	0,54
2		2,18	± 0,73	2,21	± 0,97	2,53	$\pm_{0,69}$	0,13

Nota: Menores escores estão mais relacionados ao MCCP. *Teste de Kruskal-Wallis (comparação múltipla de Nemenyi) a 5%. ** Componente do MCCP.
Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

Ao analisar 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 estatisticamente significativa.

O segundo componente busca entender a pessoa como um todo, conectando-se ao primeiro componente que avalia de forma holística a percepção do indivíduo sobre si mesmo e o processo de adoecimento, incluindo a identificação e compreensão sobre em que estágio de vida se encontra e em que grau os fatores ambientais 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).

Considerando-se essa análise mais ampla, 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 MCCP, em cada grupo

analisado isoladamente. Logo, sugere-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.

Da mesma forma, esse resultado pode refletir 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 permanece da realidade social, visto que esse componente é o melhor preditor do MCCP e do desempenho dos profissionais no alcance do processo formativo proposto nas DCNs vigentes no País.

Ao analisar o terceiro escore que corresponde ao terceiro componente do MCCP, 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 MCCP, 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 estas 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, em nenhuma pergunta houve diferença estatisticamente significativa.

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 (Tabela 3). 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; Castro; Knauth, 2022).

No geral, foi nesse componente que o grupo de médicos sem ADA se destacou com melhor desempenho, apesar dos resultados terem identificado a fragilidade quanto à identificação do papel de cada um no cuidado em saúde, reflexão que se faz necessária sobre estímulo a autonomia do paciente (Tabela 3). Foi nessa questão, 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 avaliados se entendiam bem a pessoa naquela abordagem, expondo fragilidades e permitindo reflexão durante sua autoavaliação, importante dilema para aqueles que estão em processo de aprendizagem: humildade pelo reconhecimento de falhas ou de inexperiência podendo levar a falta de confiança no desenvolvimento de aptidões.

De fato, uma pior nota nesse quesito da autoavaliação levanta o questionamento se essa autoavaliação levou mais em consideração o fato de os estudantes terem consciência de suas fragilidades ou se o fato de serem estudantes possuíam maior exigência no desenvolvimento de aptidões, algo que não se observa nos graduados.

Neste terceiro componente também são identificadas situações em que o desempenho dos internos foi melhor que dos preceptores, mas não do que os médicos não-preceptores, neste universo da pesquisa (Tabela 3).

Ao se avaliar sobre a explicação do problema e do tratamento à 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 (Tabela 3). 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.

Os resultados desta pesquisa mostraram que os médicos não ligados à ADA desenvolveram melhor o MCCP ao aplicar tais habilidades na vivência assistencial, em comparação com os aqueles envolvidos na ADA 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 nesse modelo de assistência, sugere que a Integração Ensino-Serviço deve ser instituída em toda a rede de saúde disponível na região, assim como valorizar o potencial desses médicos para o ensino de preceptoria na graduação, aproximando-os da academia, com vistas ao fortalecimento do processo formativo.

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 os seguintes aspectos: 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, colaborando com o processo de mudanças na formação em saúde (Albiero; Freitas, 2017).

O baixo desempenho de estudantes ao abordar o MCCP em comparação com os demais grupos na maioria dos quesitos, sugere fragilidades na implantação dos projetos pedagógicos dos cursos de medicina, que devem ser construídos sob a visão das novas DCNs, priorizando a 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 *et al.*, 2010).

As diferenças das duas últimas DCNs nos fazem 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 DCNs, 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).

Muitas lacunas foram fechadas com as novas DCNs, mas a metodologia de como 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. De acordo com Barbosa (2017), essa lacuna pode ser explicada pelo fato de, apesar de conteúdos constarem em projetos pedagógicos, nem sempre 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 precocemente, possível no decorrer do curso médico, permitindo que programas longitudinais de habilidades de comunicação sejam integrados. Os autores ressaltam 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, segundo os mesmos autores, 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.

Assim, todo o processo de aprendizagem na abordagem da pessoa deve também ser incorporado pelos profissionais assistentes, já que eles também estão inseridos nessa realidade. Isso torna a integração Ensino-serviço 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 teoria 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.

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 mais bem efetivada de maneira a abranger todos os profissionais atuantes na ABS, 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 DCNs deve sempre ser estimulada. Contudo, não é suficiente que os projetos pedagógicos apenas abordem as mudanças necessárias, mas que sejam definidas 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.

REFERÊNCIAS

ALBIERO, José Francisco Gontan; FREITAS, Sérgio Fernando Torres de. Modelo para avaliação da integração ensino-serviço em Unidades Docentes Assistenciais na Atenção Básica. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 753-767, 2017.

BARBOSA, Mírian Santana; RIBEIRO, Maria Mônica Freitas. O método clínico

centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 26, n. Supl 8, p. S216-S222, 2016.

BARBOSA, Mírian Santana. **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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br>. Acesso em: 2 jan. 2024.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm. Acesso em: 2 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Brasília: Ministério da Educação. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa Mais Médicos – Dois anos: Mais Saúde para os Brasileiros**. Brasília. 2015. Disponível em: http://dkw4g894e1jim.cloudfront.net/images/PDF/Livro_2_Anos_Mais_Medicos_Ministerio_da_Saude_2015.pdf. Acesso em: 16 fev. 2023.

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). Brasília: **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. 2017.

BRASIL. Ministério da Educação. **Programa Mais Médicos para o Brasil**. 2018. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/component/content/article?id=59441> Acesso em: 2 jan. 2024.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 17, p. 77-93, 2007.

CASTRO, Rodrigo Caprio Leite de; KNAUTH Daniela Riva. Papel dos atributos dos profissionais médicos na produção da abordagem centrada na pessoa em atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 803-812,

2022.

CERON, Mariane. **Habilidades de Comunicação**: Abordagem centrada na pessoa. São Paulo: UNA-SUS, UNIFESP, 2013.

DELORS, Jacques *et al.* **Educação**: um tesouro a descobrir, relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI (destaques). 2010.

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

GIBBONS, Jean Dickinson; CHAKRABORTI, Subhabrata. **Nonparametric statistical inference**: revised and expanded, 4. ed., v. 168, 2003.

IBM. **SPSS Statistics**. 2016. Disponível em: <https://www.ibm.com.br/br-pt/products/spss-statistics>. Acesso em: 31 dez. 2024.

KOLLING, Maurício Godinho. **Avaliação do método clínico centrado na pessoa**: tradução e validação do patient perception of patient centeredness questionnaire. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

MEZZICH, Juan E. *et al.* Communication and relationships in person centered medicine. **International Journal of Person-Centered Medicine**, v. 6, n. 1, p. 1-6, 2016.

ROCHA, Vinícius Ximenes Muricy. **Reformas na educação médica no Brasil**: estudo comparativo entre as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em medicina de 2001 e 2014. Dissertação (Mestrado). Universidade Católica de Santos, Santos, 2018.

SHAH, Sameena *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, 2016.

STEWART, Moira *et al.* **Medicina centrada na pessoa**: transformando o método clínico: Artmed, 2017.

Manuscrito recebido em: 02 de Maio de 2024

Aprovado: 14 de Julho de 2024

Publicado: 22 de agosto de 2024