

Ensinando o Método Clínico Centrado na Pessoa na graduação em Medicina: uma revisão narrativa

Teaching the Person-Centered Clinical Method in undergraduate Medicine: a narrative review

Jomara Oliveira dos Santos Yogui^{1,2} 

jomaraosyogui@uff.br

Tiago Maia Magalhães^{3,2} 

tiago.magalhaes@uff.br

Danielle Bivanco-Lima^{3,4} 

danielle.lima@fcmsantacasasp.edu.br

RESUMO

Introdução: As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para Graduação em Medicina preconizam que o egresso seja empático e humanizado, crítico e reflexivo, com a formação articulada às necessidades da sociedade, centrado na pessoa, na família e na comunidade.

Objetivo: Este estudo de revisão narrativa da literatura centrou-se em verificar as estratégias utilizadas no processo ensino-aprendizagem do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) na graduação em Medicina.

Método: Utilizaram-se as produções científicas disponibilizadas nas bases de dados SciELO, LILACS e PubMed/Medline, que foram selecionadas por conveniência e pela relevância nas áreas que abordam o tema deste estudo, no período de 1990 a 2021. Também se utilizaram legislações e publicações encontradas nos sites governamentais e na literatura cinzenta, via Google Scholar (2002-2018), além de livros de acervo particular (2010-2017).

Resultado: Evidenciou-se que é fundamental incorporar o ensino do MCCP, que articula aspectos de comunicação, poder na relação médico-paciente, profissionalismo, centrado na autonomia dos pacientes. O MCCP incorpora competências integrativas, como comunicação, valorização do vínculo e de boa relação médico-paciente, sensibilização quanto aos aspectos humanísticos do cuidar, além de habilidades de orientação e pactuação. Por sua complexidade, o MCCP requer uma multiplicidade de métodos no processo ensino-aprendizagem, com ênfase nas metodologias ativas, no ensino das humanidades em saúde e na aplicação na prática real, de forma longitudinal no currículo.

Conclusão: Dessa forma, o ensino do MCCP se configura como central na construção de um profissional de saúde humanizado e centrado na pessoa. É fundamental que o ensino do MCCP seja inserido nos currículos de graduação em Medicina de forma sistemática e longitudinal, com ampliado uso de metodologias para a construção das competências relativas ao cuidado centrado na pessoa.

Palavras-chave: Humanização da Assistência; Educação de Graduação em Medicina; Profissionalismo; Assistência Centrada no Paciente.

ABSTRACT

Introduction: The National Curricular Guidelines (DCN) for Undergraduate Medicine recommend that graduates should be empathetic and humanized, critical and reflective, with their training linked to the needs of society, centered on the person, the family and the community.

Objective: This narrative literature review study focused on verifying the strategies used in the teaching-learning process of the Person-Centered Clinical Method (PCCM) in undergraduate medical courses.

Method: We used scientific productions available in the SciELO, LILACS and PubMed/MedLine databases, which were selected for convenience and relevance in the areas that address the topic of this study, from 1990 to 2021. Legislation and publications found on government websites and in the gray literature via Google Scholar (2002-2018) were also used, as well as books from private collections (2010-2017).

Results: It was evident that it is essential to incorporate the teaching of the PCCM, which articulates aspects of communication, power in the doctor-patient relationship, professionalism, centered on patient autonomy. The PCCM incorporates integrative skills, such as communication, valuing the bond and a good doctor-patient relationship, awareness of the humanistic aspects of care, as well as guidance and agreement skills. Because of its complexity, the PCCM requires a multiplicity of methods in the teaching-learning process, with an emphasis on active methodologies, the teaching of humanities in health and application in real practice, longitudinally in the curriculum.

Conclusion: The teaching of PCCM is therefore central to the construction of a humanized, person-centred health professional. It is essential that the teaching of PCCM be included in undergraduate medical curricula in a systematic and longitudinal way, with expanded use of methodologies for the construction of competencies related to person-centered care.

Keywords: Humanization of Care; Undergraduate Education in Medicine; Professionalism; Patient-Centered Care.

¹ Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, São Paulo, São Paulo, Brasil.

² Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

³ Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil.

⁴ Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil.

Editora-chefe: Rosiane Viana Zuza Diniz.

Editor associado: Fernando Almeida.

Recebido em 24/10/23; Aceito em 22/08/24.

Avaliado pelo processo de double blind review.

INTRODUÇÃO

Na formação dos profissionais de saúde, em especial dos médicos, há a necessidade de atuar, por meio de políticas públicas e medidas institucionais, para fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente quanto aos aspectos de humanização do cuidado¹. A formação humanística dos profissionais de saúde é uma das expectativas básicas da população², sendo claramente expressa nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para Graduação em Medicina com a recomendação de que a atenção à saúde seja centrada na pessoa, nas famílias e na comunidade³. Ainda como forma de transformação do sistema de saúde, foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH)⁴ que tem como objetivo implementar ações e serviços com a humanização como uma de suas dimensões fundamentais. A humanização, segundo a PNH, é definida como: “ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais”⁴. A PNH preconiza que ocorram interações entre gestores, trabalhadores e usuários, permitindo a comunicação contínua entre eles, para que sejam produzidas soluções criativas para as necessidades da sociedade e o aprimoramento do SUS, com a implementação da clínica ampliada e compartilhada⁴.

Dessa forma, é necessário que práticas educativas que visem à construção das competências de profissionalismo e da humanização na medicina, como o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), estejam presentes continuamente na formação médica⁵⁻⁷. O American Board of Internal Medicine (Abim) recomenda que a competência de profissionalismo inclua seis eixos de valores, articulando a excelência técnica (destacadas as competências de comunicação), o humanismo, a responsabilidade, o dever, a honra e a integridade e o respeito aos outros⁸. No entanto, o desenvolvimento das competências comunicacionais e de profissionalismo, embora preconizadas pela comunidade acadêmica, como presente no *framework* canadense de competências médicas⁶, entre outras entidades médicas amplamente respeitadas, apresenta desafios à implementação na formação⁸⁻¹¹. O MCCP é uma estratégia que pode ser utilizada nesse contexto, que engloba boas práticas de cuidado em saúde, ao incluir aspectos de humanização, de comunicação e de profissionalismo na atenção ao usuário. Trata-se de importante ferramenta para que o estudante de Medicina aprenda sobre humanização e profissionalismo, valorizando o paciente como corresponsável pelo seu cuidado e pela sua saúde^{5,12,13}.

O MCCP facilita o processo ensino-aprendizagem na graduação médica por incluir apenas quatro componentes no atendimento de estrutura biomédica, facilitando a

incorporação do método na prática profissional: 1. incorporar a perspectiva do paciente sobre sua saúde e sua doença; 2. compreender o indivíduo como um todo; 4. intensificar o relacionamento entre médico e paciente; e 4. construção de caminho comum (com decisão compartilhada)⁵. Com o MCCP, o profissionalismo pode ser ensinado com elementos a serem realizados nos encontros com os usuários, para que, segundo Merhy et al.¹⁴, a maleta do conhecimento seja baseada em tecnologias leves, mas com o domínio da medicina baseada em evidências, sendo valorizada de forma similar à maleta do conhecimento leve, da tecnologia das relações com os pacientes.

Assim, pode-se tornar cada atendimento um momento único: terapêuticas adaptadas às reais necessidades do paciente, além de um contato ético, respeitoso e que busca valorizar o ser humano em suas características únicas, o que também é terapêutico por si só. Apesar de o MCCP não incorporar todos os elementos do ensino da comunicação interpessoal, este valoriza aspectos importantes trazidos no Consenso de Kalamazoo sobre elementos essenciais da comunicação: a construção do relacionamento entre médico e paciente, a compreensão da perspectiva do paciente e de seus contextos, a divisão de informações sobre doença e cuidado em saúde, assim como a construção partilhada entre médico e paciente de um consenso relativo ao plano terapêutico¹⁰.

Quando comparada ao modelo biomédico, a abordagem centrada na pessoa apresenta resultados positivos⁵, como: maior satisfação dos pacientes e médicos; aumento na adesão aos tratamentos propostos; diminuição de preocupações relacionadas à doença; diminuição de sintomas; redução na procura recorrente aos serviços de saúde; redução da judicialização da medicina; promoção da saúde mental; e redução do número dos frequentadores assíduos das unidades de saúde^{5,12,13}. No entanto, um dos maiores desafios na implementação do MCCP é a sua inserção nas grades curriculares das escolas médicas de maneira sistemática¹⁵. Com base no exposto, este ensaio centra-se em revisar na literatura, de forma narrativa, estratégias utilizadas no processo ensino-aprendizagem do MCCP na graduação em Medicina.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, que se caracteriza por um método robusto de investigação e avaliação crítica a partir de um compilado de evidências sobre a temática abordada. Esse tipo de revisão é pautado na definição de critérios para coleta de dados, análise crítica e apresentação dos resultados¹⁶. É também uma pesquisa descritiva que expõe características de determinada população ou de determinado fenômeno¹⁷. Pode também estabelecer correlações entre variáveis e definir sua natureza. Não tem compromisso de

explicar fenômenos que descreve, embora sirva de base para tal explicação. Além disso, tem uma abordagem qualitativa, pois envolve cinco características básicas que configuram esse tipo de estudo: o ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento, dados descritivos, preocupação com o processo, preocupação com o significado e processo de análise indutivo¹⁸.

O método foi constituído pelas seguintes etapas: 1. identificação do tema e seleção da questão de pesquisa para a elaboração da revisão; 2. estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou pesquisa de literatura; 3. definição das informações extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; 4. avaliação dos estudos incluídos na revisão; 5. análise e interpretação dos resultados; e 6. apresentação da revisão/síntese do conhecimento¹⁶.

Sem recorte temporal, o foco desta revisão foi direcionado às produções científicas no período de 1990 a 2021, disponibilizadas nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e PubMed/Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), selecionadas por conveniência e pela relevância nas áreas que abordam o tema deste estudo. Também se utilizaram legislações e publicações encontradas nos *sites* governamentais e na literatura cinzenta, via Google Scholar, além de livros de acervo particular.

No modo “pesquisa avançada”, adotaram-se os termos do Medical Subject Headings (MeSH) e os *entry terms* dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), combinados com os termos booleanos “AND” e “OR”. Para busca dos artigos, utilizaram-se os descritores e suas combinações nas línguas portuguesa e inglesa: “educação de graduação em medicina”; “educação médica”; “cuidado centrado no paciente”; “humanização da assistência”; “assistência centrada no paciente”; e “método clínico centrado na pessoa”.

Os critérios de inclusão que determinaram elegíveis os artigos selecionados foram: publicações nas línguas portuguesa e inglesa, ensaios clínicos, estudos retrospectivos e prospectivos utilizando estratégias no processo ensino-aprendizagem do MCCP na graduação em Medicina e revisões sistemáticas, todos com textos completos disponíveis. Excluíram-se artigos em outros idiomas e estudos sem textos completos. Na etapa seguinte, fez-se a leitura dos resumos dos artigos selecionados que contemplaram os critérios de inclusão.

Para a produção desta revisão, foram utilizados 48 artigos publicados no período de 1990 a 2021, cinco legislações/publicações governamentais entre 2002 e 2018 e sete livros (2010-2017).

O PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM DO MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA

Um dos maiores desafios na implementação do MCCP é sua incorporação no processo ensino-aprendizagem, assim como a inserção nas grades curriculares das escolas médicas de maneira sistemática. Apesar de previsto nas DCN, a humanização da prática médica durante a formação de médicos generalistas encontra barreiras para se consolidar^{15,19}. As escolas médicas valorizam a formação técnico-científica de seus educandos, no entanto as habilidades subjetivas, como comunicação e empatia, não são igualmente valorizadas na formação^{20,21}.

Os professores necessitam ainda apresentar um olhar sensível para cada aluno, com o objetivo de proporcionar um ensino centrado nele, pois cada estudante apresenta experiências pessoais que influenciam, de forma única, a própria formação^{5,22}. No entanto, os docentes dos cursos de Medicina apresentam lacunas referentes à formação pedagógica, com maior valorização dos conteúdos em relação às habilidades e atitudes, além de menor formação para usar metodologias ativas, realizar avaliação formativa, prover *feedback* efetivo e promover reflexão crítica. Dessa maneira, ensinar o MCCP nas escolas médicas apresenta inúmeros desafios^{15,19}.

O processo ensino-aprendizagem do MCCP é bastante complexo; afinal, inclui conhecimentos, habilidades e atitudes, com a sensibilização e incorporação de diversos valores relativos à ética profissional e postura na prática diária. No entanto, os valores necessitam ser expressos em condutas e habilidades comunicacionais, além de exigirem habilidades de regulação e inteligência emocional, tão desafiadoras de incorporar na formação médica^{23,24}. Conhecer as experiências de ensino do MCCP em diversas instituições (Figura 1) é uma forma de avançar para que mais estratégias educacionais sejam incorporadas no processo da formação médica.

Smith et al.²⁵ recomendam que o ensino da entrevista centrada na pessoa apresente alguns fundamentos: o ensino centrado no aluno, no relacionamento acolhedor entre professor e estudante, e no ensino da auto-observação e metacognição. A observação direta de atendimentos, com devolutiva, a gravação em vídeos das consultas e a discussão em pequenos grupos com suporte para dificuldades e expressão de emoções (similares a grupos Balint) são descritas como métodos centrais no ensino do MCCP, além da leitura de artigos e material teórico de apoio. No entanto, o estudo²⁵, foi realizado com residentes permitindo maior nível de autonomia e da complexidade das metodologias utilizadas.

Disciplinas de humanidades médicas

As disciplinas de humanidades médicas estão presentes em diversas instituições, nas grades curriculares, e apresentam

objetivos educacionais extremamente relevantes. Apesar das diferenças entre as escolas médicas, atuam geralmente na construção da capacidade crítica dos estudantes, estimulando a metacognição, assim como o olhar ampliado ao sofrimento humano, na construção cultural e no campo das ideias do ser humano, contextualizando a saúde e a doença na sociedade²⁶.

Em 2009, na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), em busca de formar médicos com perfil profissional humano desejado, foi iniciada a disciplina: "Medicina e Humanidades". Foi implementada para os estudantes do primeiro ano da graduação, tendo caráter interdisciplinar, unindo os temas saúde e humanidades e contando com a participação de docentes de diversas áreas: sociologia, antropologia, história, psicologia e filosofia. São utilizadas diferentes metodologias didático-pedagógicas, como filmes e vídeos, emprego de casos práticos da vida médica e conceitos de humanidades. A disciplina foi bem avaliada pelos alunos e docentes da instituição²¹.

Uma estratégia articulada ao ensino das humanidades é a Medicina Narrativas (MN), que legitima o papel terapêutico da escuta atenta que o médico pode ter em relação aos pacientes²⁷. A MN origina-se das histórias que os pacientes ou seus acompanhantes contam ao profissional de saúde, seja médico ou estudante de Medicina, ou ainda a outros membros da equipe²⁸, por meio da escrita de narrativas reflexivas e da articulação com o campo das humanidades²⁹. A medicina narrativa pode apoiar o médico a desenvolver a competência narrativa de reconhecer, absorver, interpretar e agir sobre as histórias e percepções dos pacientes. É considerada um modelo para uma prática médica humanizada³⁰.

Simulação e *role play*

As atividades de *role play* são práticas educativas baseadas em simulações, geralmente de baixa fidelidade, visando à experimentação dos estudantes de uma situação por meio das representações de um evento real^{31,32}. A prática do *role play* e das simulações é especialmente útil para o aprendizado do M CCP na graduação médica (tanto em momentos iniciais quanto nos finais da formação) e de habilidades de comunicação e profissionalismo adotadas em situações de maior complexidade, como comunicação de más notícias, manejo do paciente agressivo ou lidar com fortes emoções; afinal, na prática real, essas situações serão manejadas por profissionais experientes^{5,31}.

As atividades de *role play* e de simulação são estratégias privilegiadas no ensino do M CCP, pois proveem devolutiva individualizada, em contexto protegido e de objetivo central do aprendizado, com supervisão direta e sem risco ao paciente. São atividades que incorporam maior integração do aprendizado

na pirâmide de Miller, pois chegam ao nível do demonstrarem uma habilidade ou competência.

Role models (modelos de conduta)

Os *role models* são profissionais que servem de exemplos, podendo ser positivos ou negativos, para os estudantes. Segundo Lemire²², o *role model* positivo é definido como a pessoa considerada um padrão profissional de excelência na qual os estudantes possam se espelhar. Do ponto de vista de Horsburgh et al.³³, o *role modeling* pode ser um método educacional de influência médica baseado nas oportunidades que os alunos podem ter ao serem expostos aos modelos, causando um grande impacto na formação profissional, como saber utilizar as palavras certas para abordar o paciente e conseguir desenvolver uma boa relação médico-paciente, permitindo-lhes entender a aplicação do conhecimento científico na prática médica, além de exemplificar atitudes, valores e comportamentos profissionais.

O docentes podem ser para os acadêmicos modelos de coerência quando cumprem valores que passam sobre cuidados humanizados, compaixão e empatia nas relações médico-paciente, atitudes que, para muitos dos estudantes, são os principais motivos que os incentivaram a cursar Medicina, podendo inclusive influenciar na escolha da especialidade médica do aluno³³⁻³⁵. No entanto, os alunos são igualmente sensíveis às atitudes reprováveis, que seriam os modelos negativos, ao serem tomadas por seus professores e relatam que desejam evitar comportamentos semelhantes na vida profissional³⁴⁻³⁶. Dessa forma, pode-se dizer que os *role models* são extremamente importantes para o ensino do M CCP, pois os alunos observam, nos cenários reais, a utilização do método, a valorização da visão do paciente, seu contexto e suas decisões. Os médicos de família como professores ou preceptores podem funcionar como bons exemplos para o ensino do M CCP, pois esses profissionais costumam primar pela empatia, pela abordagem ampliada do paciente com dimensões social, econômica e familiar, e pela longitudinalidade do cuidado, pontos muito importantes no M CCP²².

Contudo, Benbassat³⁷ traz uma perspectiva sobre os *role models*: apesar de sua importância clínica, a falta de postura crítica dos alunos em relação aos exemplos que tomam como modelos pode ser perpetuar comportamentos como de atendimento médico centrado. Os alunos precisam ser incentivados a desenvolver atitudes reflexivas em relação aos modelos de conduta, e as instituições devem desenvolver mecanismos na contratação dos seus professores para que eles tenham trajetórias acadêmica e profissional que favoreceram a aplicação dos *role models* positivos aos alunos^{37,38}.

Inserção nos cenários de prática na atenção primária à saúde e projetos de extensão

A inserção do aluno no cenário da atenção primária à saúde (APS) desde o princípio da graduação é uma importante estratégia de ensino do MCCP, seja inicialmente observando as práticas das equipes multiprofissionais, seja com as realizações dos atendimentos supervisionados por preceptores, grupos educativos e visitas domiciliares³⁹⁻⁴¹. As vivências no SUS desde o início do curso de Medicina permitem ao aluno articular os conceitos da medicina baseada em evidências com as necessidades sociais da comunidade⁴². O aluno deve ser estimulado a atuar em parceria com as equipes interprofissionais das unidades⁴³. As vivências interprofissionais devem ocorrer para, desde o início da graduação, o acadêmico de Medicina ter uma percepção positiva das experiências interprofissionais e dos conhecimentos, das habilidades e das atitudes necessários para a construção da competência de colaboração e de projetos terapêuticos singulares, que incorporam a humanização do cuidado^{6,41,44}.

Os projetos de extensão no cenário da APS são importantes atividades de ensino, privilegiando a escuta das necessidades da população, pois permitem aos alunos realizar práticas na unidade e contribuir com as equipes em trabalhos de promoção e prevenção⁴³. Outra forma de ensino do MCCP é incentivar a pactuação conjunta com as equipes de APS, o gestor local e a comunidade em atividades e ações individuais e coletivas a serem realizadas pelos acadêmicos⁴⁴. Os alunos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de

Fora (UFJF) desenvolveram, em parceria com a prefeitura de Juiz de Fora, um projeto-piloto para a implantação do Projeto de Saúde nas Escolas, com o objetivo de estabelecer uma parceria entre os serviços de saúde e de educação para ampliar as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças com foco em escolares da rede pública^{45,46}. Essas atividades permitem ao aluno uma inserção no cotidiano dos pacientes e conseqüentemente o desenvolvimento de competências essenciais ao aprendizado do MCCP^{44,47}.

Para Miller⁴⁸, a forma mais elaborada para adquirir habilidades profissionais é “o fazer”, e, de acordo com Cruess et al.⁴⁹, é “o ser”. Ambos os autores^{48,49} concordam que o cenário ideal para aprendizagem é o real. Por isso, para o aluno aprender o MCCP e desenvolvê-lo como competência profissional, o melhor campo para vivenciá-lo são os diversos cenários de prática. Como se trata de uma atividade de contato com o doente, o MCCP pode ser ensinado nos diferentes campos de prática, em que são encontrados bons modelos de aprendizagem, humanizados e bons profissionais. Então, o melhor espaço para se aprender MCCP é na prática com os pacientes.

Avaliação no ensino do MCCP

A avaliação é o monitoramento da aprendizagem do aluno ao longo das atividades de ensino médico e faz parte do processo educacional (Quadro 1). Avaliar o processo de aprendizado do MCCP não é fácil, pois engloba analisar a atitude e o comportamento de estudantes de Medicina tanto a respeito do poder médico como do cuidado e da atenção

Figura 1. Diferentes abordagens do ensino MCCP.



Fonte: Stewart M. et al., 2017.

ao paciente⁵⁰⁻⁵². Para a avaliação do MCCP, deve-se certificar que o aluno obteve ou não as competências ou habilidades necessárias para as quais foram os objetivos de aprendizagem propostos. Deve-se também assegurar uma ação de *feedback* para os alunos. A avaliação tem um propósito: formativo e/ou somativo. Geralmente, a avaliação somativa é feita para tomada de decisão, com o aluno sendo aprovado ou reprovado por meio de provas. A avaliação formativa é baseada em *feedbacks* e deve informar ao aluno como foi a atuação dele. Normalmente, no processo educacional de avaliação do MCCP, o ideal é mesclar as duas modalidades, uma vez que esse tipo de avaliação é complexo e envolve uma análise sobre as habilidades que o aluno desenvolveu, como empatia, comunicação, boa relação médico-paciente e pactuação das possibilidades de tratamento com o paciente de forma satisfatória⁵⁰.

As ferramentas mais utilizadas para avaliar o MCCP de forma somativa são as escalas do tipo Likert ou a soma de médias que são escalas de autorrespostas que permitem medir a intensidade de atitudes e/ou sentimentos dos alunos ante uma situação ou um paciente, com a classificação de afirmativas que variam de “favorável” a “desfavorável”, em graus variados, em relação a essa situação ou pessoa^{5,52}. As escalas para avaliação do MCCP devem ser confiáveis e validadas. Pode-se dizer que quanto mais confiável é o instrumento, melhor ele é. Confiabilidade é a capacidade de o resultado ser repetido de forma semelhante em outros testes⁵⁰. Outra importante característica de um instrumento refere-se à validade dele. Validade é a capacidade de o exame verificar se a habilidade específica que se quer testar está, realmente, sendo verificada⁵³. Um importante exemplo de instrumentos de avaliação validados para avaliação do MCCP é a *Patient Practitioner Orientation Scale* – PPOS (Escala de Orientação Médico-Paciente). A escala consta de 18 itens referentes à relação médico-paciente, nove deles relacionados ao compartilhar e nove relacionados ao cuidar, sendo cada item valorado de “1” (concordo fortemente) a “6” (discordo fortemente) pontos na escala de Likert. Os itens relacionados ao compartilhar (subescala “poder”) refletem o quanto os indivíduos que responderam acreditam que o paciente deseja informação e deve participar do processo de decisão; já os itens relacionados ao cuidar (subescala “cuidado”) refletem o quanto se acredita que as expectativas, os sentimentos e as circunstâncias da vida do paciente interferem no processo de tratamento⁵⁵. Escores mais altos significam atitudes mais centradas no paciente. A PPOS pode ser utilizada para avaliar a pré e a pós-exposição dos estudantes às diversas técnicas/ao treinamento de ensino do MCCP⁵⁵.

Para avaliar de maneira formativa o aprendizado do MCCP no estudante de Medicina, pode-se utilizar o *Objective Structured Clinical Examination* – OSCE (Exame Clínico Objetivo

Estruturado) que se tornou muito popular para o exame de habilidades práticas⁵⁰. Por meio de estações de avaliação, é possível observar a interação do aluno com o paciente simulado para aplicar os princípios do MCCP. Em um OSCE, um candidato entra em várias salas ou estações diferentes em sequência. Em cada sala, há uma atribuição especificada (por exemplo, estabelecer um pacto com o paciente no MCCP). As notas são dadas pelos observadores por meio de *checklist*. Um fator limitador do OSCE é o curto tempo que o aluno pode permanecer em cada estação, o que pode influenciar negativamente na sua atuação⁵⁶. O importante no OSCE é sempre reservar um tempo na aplicação do exame para realizar *feedbacks* sobre a atuação do aluno na prova, valorizando o aspecto formativo da prática.

O *Mini Clinical Evaluation Exercise* – Mini-CEX (Miniexercício de Avaliação Clínica) pode ser utilizado como método de avaliação do aprendizado do MCCP. Essa é uma forma de observação direta da prática médica do estudante usando uma ficha estruturada e com fornecimento de *feedback* imediato a ele. Nesse método, utilizam-se pacientes reais em vários momentos, com a participação de vários observadores. O tempo médio entre a observação e o *feedback* é de 30 minutos. Com essa avaliação de caráter formativa, o docente consegue observar se o aluno adquiriu competências para realizar a entrevista clínica. Nesse contexto, valorizam-se os aspectos do paciente como um todo, o profissionalismo, a capacidade de resolver situações que envolvem fatores sociais, econômicos, familiares e físicos do paciente, e a habilidade de comunicação com valorização da relação médico-paciente. O Mini-CEX é mais autêntico que avaliações em um ambiente simulado e pode ser um excelente método de avaliação para o aprendizado do MCCP, pois observa, em um cenário real, o aluno aplicando o MCCP, por exemplo, ao expressar preocupação com os sentimentos do paciente. A dificuldade é que a avaliação no ambiente real não faz parte da cultura das avaliações do ensino médico^{50,57}.

O portfólio reflexivo é um excelente método de avaliação do MCCP, pois permite ao professor ler os relatos dos alunos e perceber o quanto eles estão centrados na doença ou no paciente. O docente pode avaliar se o estudante tem considerado o paciente como um todo com seus aspectos físicos, familiares, sociais e econômicos ou somente como “uma máquina de órgãos com funcionamento alterado”. Esse instrumento permite observar a capacidade do acadêmico de resolver problemas complexos que envolvem múltiplos fatores, como acesso e adesão ao tratamento proposto. O aluno de Medicina deve ser estimulado durante todo o curso a desenvolver atitude crítica e reflexiva de suas atividades, uma vez que, ao longo da vida profissional, a reflexão contínua da sua prática será necessária. O mais importante no portfólio

Quadro 1. Avaliação do MCCP.

Avaliação	Tipo	Comentário
<i>Patient Practitioner Orientation Scale (PPOS)</i>	<i>Escala Likert</i>	<i>A escala consta de 18 itens referentes à relação médico-paciente; nove deles relacionados ao compartilhar, e nove, ao cuidar.</i>
<i>Objective Structured Clinical Examination (OSCE)</i>	<i>Avaliação de habilidades práticas</i>	<i>Por meio de estações de avaliação, é possível observar a interação do aluno com o paciente simulado para aplicar os princípios do MCCP.</i>
<i>Mini Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX)</i>	<i>Ficha estruturada com feedback padronizado e abrangente</i>	<i>O interessante do método é que se utilizam pacientes reais em vários momentos, com a participação de observadores.</i>
<i>Portfólio reflexivo</i>	<i>Permite ao professor ler os relatos dos alunos e perceber o quanto eles estão centrados na doença ou no paciente.</i>	<i>O mais importante no portfólio não é o resultado, mas o processo de construção percorrido pelo aluno para fazê-lo⁵.</i>

Fonte: Naghettini et al.⁵⁷.

não é o resultado, mas o processo de construção percorrido pelo aluno para fazê-lo^{53,55}. O portfólio pode ser um simples registro e organizador do conteúdo aprendido pelos alunos ou, desejavelmente, uma ferramenta contínua e dinâmica de ensino-aprendizagem, permitindo ao estudante refletir sobre a própria trajetória e expressar sentimentos, dificuldades e facilidades. Com a utilização do MCCP, o estudante escreve sobre os atendimentos realizados que significaram marcos para sua formação no curso de Medicina⁵⁸. O portfólio reflexivo pode ser usado como um instrumento de avaliação do aprendizado do MCCP com caráter formativo e não mero exercício do poder^{53,59}. O portfólio está perfeitamente alinhado com as novas diretrizes na educação médica, focada tanto na aprendizagem da prática como na educação e nas aprendizagens baseadas em competências⁶⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ensino do MCCP nas academias pode ser um facilitador para a formação de médicos empáticos e que se preocupem com o paciente de maneira holística. Contudo, o ensino do MCCP é um processo complexo, pois envolve a quebra de paradigmas dentro das próprias academias em relação à formação médica, que ainda é amplamente focada na doença e no poder do médico. Nesse contexto, tais paradigmas deverão substituídos pelo ensino da prática focada no paciente, com o compartilhamento das decisões referentes a ele.

Para que o ensino do MCCP ocorra nos cursos de Medicina de maneira efetiva, a formação do docente tem que passar a valorizar o ensino das humanidades médicas igualmente como são contemplados os conhecimentos da fisiologia, patologia, farmacologia e das diversas especialidades médicas. As faculdades, para que possam formar médicos generalistas com excelência técnica, empáticos, resolutivos e humanos, como é preconizado pelas DCN, têm que amplamente dispor

em seus currículos das múltiplas maneiras de ensino do MCCP, como: disciplinas de humanidades médica, projeto de extensão com foco na prática do MCCP, inserção precoce do aluno nos cenários de APS, confecção de portfólios reflexivos, realização de simulações e *role plays* para desenvolvimento da boa relação médico-paciente, e a vital presença de professores no seu corpo docente que cumpram o papel de *role models* positivos, exemplificando, na prática para os alunos, o exercício da medicina com excelência técnica, respeito às individualidades, empatia e preocupação social.

AGRADECIMENTO

Agradecemos aos autores que contribuíram no desenvolvimento da pesquisa em todas as etapas.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Jomara Oliveira dos Santos Yogui participou da investigação, da metodologia e da redação, revisão e edição do manuscrito. Tiago Maia Magalhães participou da metodologia e da redação, revisão e edição do manuscrito. Danielle Bivanco-Lima supervisionou o estudo e participou da metodologia e da redação, revisão e edição do manuscrito.

CONFLITO DE INTERESSES

Declaramos não haver conflito de interesses.

FINANCIAMENTO

Declaramos não haver financiamento.

REFERÊNCIAS

- Gomes AP, Rego S. Transformação da educação médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem? *Rev Bras Educ Med.* 2011;35(4):557-66. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000400016>.

2. Goulart BNG, Chiari BM. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. *Cien Saude Colet*. 2010;15(1):255-68. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000100031>.
3. Brasil. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília: ME/CNE; 2014 [acesso em 1º mar 2023]. Disponível em: https://normativasconselhos.mec.gov.br/normativa/view/CNE_RES_CNECESN32014.pdf?query=classificacao.
4. Brasil. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 (Série B. Textos básicos de saúde) [acesso em 6 fev 2023]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/humanizasus_2004.pdf.
5. Stewart M, Brow JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Medicina centrada na pessoa. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.
6. Frank JR, Snell L, Sherbino J. CanMEDS 2015 Physician Competency Framework. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2015.
7. American Board of Internal Medicine (ABIM) Foundation, ACP-ASIM Foundation, European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med*. 2002 Feb;136(3):243-6. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000100031>.
8. Van Mook WN, van Luijk SJ, O'Sullivan H, Wass V, Schuwirth LW, van der Vleuten CP. General considerations regarding assessment of professional behaviour. *Eur J Intern Med*. 2009 July;20(4):90-5. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2008.11.011>.
9. Laidlaw KE, Foulsham T, Kuhn G, Kingstone A. Potential social interactions are important to social attention. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2011 Apr;108(14):5548-53. doi: <https://doi.org/10.1073/pnas.1017022108>.
10. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. 2001;76(4):390-3. doi: <https://doi.org/10.1097/00001888-200104000-00021>.
11. O'Sullivan H, van Mook W, Fewtrell R, Wass V. Integrating professionalism into the curriculum: AMEE Guide No. 61. *Med Teach*. 2012;34(2):64-77. doi: <https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.655610>.
12. Fuzikawa AK. Método clínico centrado na pessoa: um resumo. *Belo Horizonte: [s. n.]; 2013* [acesso em 3 mar 2023]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1684.pdf>.
13. Souto BGA, Pereira SMSF. História clínica centrada no sujeito: estratégia para um melhor cuidado em saúde. *Arq Bras Ciênc Saúde*. 2011;36(3):176-81 [acesso em 3 mar 2023]. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1983-2451/2011/v36n3/a2663.pdf>.
14. Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. *Saúde Debate*. 2003;27(65):316-23.
15. Barbosa MS, Ribeiro MMF. O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde. *Rev Médica Minas Gerais*. 2016;26(supl 8):216-22 [acesso em 3 mar 2023]. Disponível em: <https://rmmg.org/artigo/detalhes/2152>.
16. Sousa LMM de, Firmino CF, Marques-Vieira CMA, Severino SSP, Pestana HCFC. Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. *Rev Portug Enf Rehabil*. 2018;1(1):45-54. [acesso em 26 jun 2023]. Disponível em: <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/20>.
17. Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos de metodologia científica. 8a ed. São Paulo: Atlas; 2017.
18. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 6a ed. São Paulo: Atlas; 2017.
19. Gomes AP, Rego S. Paulo Freire: contribuindo para pensar mudanças de estratégias no ensino de medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2014;38(3):299-307. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022014000300003>.
20. Gallian DMC. Literatura e formação humanística em medicina: o experimento do Laboratório de Humanidades da EPM/UNIFESP. *Rev Med*. 2012;91(3):174-7. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v91i3p174-177>.
21. Ayres JRCM, Rios IC, Schraiber LB, Falcão MTC, Mota A. Humanidades como disciplina da graduação em Medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2013;37(3):455-63. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022013000300019>.
22. Lemire F. Role modeling in family medicine. *Can Fam Physician*. 2018 Oct;64(10):784 [acesso em 3 mar 2023]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6184955/>.
23. Green BN, Johnson CD. Interprofessional collaboration in research, education, and clinical practice: working together for a better future. *J Chiropr Educ*. 2015 Mar;29(1):1-10. doi: <https://doi.org/10.7899/JCE-14-36>.
24. Chiarella T, Bivanco-Lima D, Moura JC, Marques MCC, Marsiglia RMG. A pedagogia de Paulo Freire e o processo ensino-aprendizagem na educação médica. *Rev Bras Educ Med*. 2015;39(3):418-25. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n3e02062014>.
25. Smith RC, Lyles JS, Mettler J, Stoffelmayr BE, Van Egeren LF, Marshall AA, et al. The effectiveness of intensive training for residents in interviewing. A randomized, controlled study. *Ann Intern Med*. 1998;128(2):118-26. doi: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-128-2-199801150-00008>.
26. Rios IC, Schraiber LB. Humanização e humanidades em medicina: a formação médica na cultura contemporânea. São Paulo: Editora Unesp; 2012.
27. Zaharias G. What is narrative-based medicine? Narrative-based medicine 1. *Can Fam Physician*. 2018 Mar;64(3):176-80.
28. Shapiro J. Stories medical students tell. *Storytell Self Soc*. 2005 Fall;2(1):48-61.
29. Milota MM, van Thiel GJM, van Delden JJM. Narrative medicine as a medical education tool: a systematic review. *Med Teach*. 2019 July;41(7):802-10. doi: <https://doi.org/10.1080/0142159X.2019.1584274>.
30. Charon R. The patient-physician relationship. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA*. 2001 Oct;286(15):1897-902. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.286.15.1897>.
31. Pereira AT, Gallian DMC, Reginato V, De Benedetto MAC. Percepção de alunos de medicina com a dramatização: uma experiência pedagógica. *Rev Bras Educ Med*. 2016;40(3):497-505. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n3e00242015>.
32. Rabelo L, Garcia VL. Role-play para o desenvolvimento de habilidades de comunicação e relacionais. *Rev Bras Educ Med*. 2015;39(4):586-96. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n4e01052014>.
33. Horsburgh J, Ippolito K. A skill to be worked at: using social learning theory to explore the process of learning from role models in clinical settings. *BMC Med Educ*. 2018 Jan;18(1):1-8. doi: <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1251-x>.
34. Jochemsen-van der Leeuw HG, van Dijk N, van Etten-Jamaludin FS, Wieringa-de Waard M. The attributes of the clinical trainer as a role model: a systematic review. *Acad Med*. 2013 Jan;88(1):26-34. doi: <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318276d070>.
35. Passi V, Johnson S, Peile E, Wright S, Hafferty F, Johnson N. Doctor role modelling in medical education: BEME Guide No. 27. *Med Teach*. 2013 Sept;35(9):1422-36. doi: <https://doi.org/10.3109/0142159X.2013.806982>.
36. De Benedetto MAC, Gallian DMC. Narrativas de estudantes de medicina e enfermagem: currículo oculto e desumanização em saúde. *Interface Comun Saúde Educ*. 2018;22(67):1197-207. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0218>.
37. Benbassat J. Role modeling in medical education: the importance of a reflective imitation. *Acad Med*. 2014 Apr;89(4):550-4. doi: <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000189>.
38. Jochemsen-van der Leeuw HG, van Dijk N, Wieringa-de Waard M. Assessment of the clinical trainer as a role model: a Role Model Apperception Tool (RoMAT). *Acad Med*. 2014 Apr;89(4):671-7. doi: <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000169>.
39. Massote AW, Belisário SA, Gontijo ED. Atenção primária como cenário de prática na percepção de estudantes de Medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2011;35(4):445-53. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000400002>.

40. Toassi RFC, Olsson TO, Lewgoy AMB, Bueno D, Peduzzi M. Ensino da graduação em cenários da atenção primária: espaço para aprendizagem interprofissional. *Trab Educ Saúde*. 2020;18(2):1-18. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00267>.
41. Zechariah S, Ansa BE, Johnson SW, Gates AM, Leo GD. Interprofessional education and collaboration in healthcare: an exploratory study of the perspectives of medical students in the United States. *Healthcare*. 2019 Oct;7(4):1-11. doi: <https://doi.org/10.3390/healthcare7040117>.
43. Silva ATC, Medeiros ME, Fontão PN, Saletti HC, Vital PF, Bourget MMM, et al. Medicina de família do primeiro ao sexto ano da graduação médica: considerações sobre uma proposta educacional de integração curricular escola-serviço. *Rev Bras Educ Med*. 2017;41(2):336-45. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n2RB20160016>.
44. Cunha ACM, Salomão AFS, Correia HPC, Yogui JOS. Educação interprofissional no cenário da atenção primária à saúde: relato de experiência. *Rev APS*. 2017;20(2):306 [acesso em 3 mar 2023]. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16593/8393>.
45. Demarzo MMP, Almeida RCC, Marins JN, Trindade TG, Anderson MIP, Stein AT, et al. Diretrizes para o ensino na atenção primária à saúde na graduação em medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2012;36:143-8. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000100020>.
46. Salomão AFS, Yogui JOS, Colugnati FAB, Silva BN. Ocorrência de fatores de risco cardiometabólicos em escolares atendidos pelo projeto piloto do Programa Saúde nas Escolas em uma Unidade Básica de Saúde de Juiz de Fora. *Rev APS*. 2019;22(3):633-44. doi: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2019.v22.16845>.
47. Brasil. Saúde na escola. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 96 p. (Série B. Textos básicos de saúde).
48. Brasil. Resolução CNE/CES nº 7, de 18 de dezembro de 2018. Estabelece as Diretrizes para a Extensão na Educação Superior Brasileira e regimenta o disposto na Meta 12.7 da Lei nº 13.005/2014, que aprova o Plano Nacional de Educação – PNE 2014-2024 e dá outras providências. Brasília: CNE/CES; 2018 [acesso em 3 mar 2023]. Disponível em: https://normativasconselhos.mec.gov.br/normativa/pdf/CNE_RES_CNECESN72018.pdf.
49. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. 1990 Sept;65(9 Suppl):63-7. doi: <https://doi.org/10.1097/00001888-199009000-00045>.
50. Cruess RL, Cruess SR, Steinert Y. Amending Miller's pyramid to include professional identity formation. *Acad Med*. 2016 Feb;91(2):180-5. doi: <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000913>.
51. Swanwick T, Forrest K, O'Brien BC, organizers. *Understanding medical education: evidence, theory, and practice*. 2a ed. Hoboken: Wiley-Blackwell; 2013.
52. Rodrigues SG, Neves MGC. Avaliação formativa: vivências em metodologia ativa de ensino aprendizagem na visão docente e discente. *Comun Ciênc Saúde*. 2015;26(03/04):105-14. doi: <https://doi.org/10.51723/ccs.v26i03/04.304>.
53. Ribeiro MMF, Amaral CFS. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. *Rev Bras Educ Med*. 2008;32(1):90-7. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000100012>.
54. Cotta RMM, Costa GD. Instrumento de avaliação e autoavaliação do portfólio reflexivo: uma construção teórico-conceitual. *Interface Comun Saúde Educ*. 2016;20(56):171-83. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1303>.
55. Peixoto JM, Ribeiro MMF, Amaral CFS. Atitude do estudante de medicina a respeito da relação médico-paciente x modelo pedagógico. *Rev Bras Educ Med*. 2011;35(2):229-36. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000200012>.
56. Krupat E, Rosenkranz SL, Yeager CM, Barnard K, Putnam SM, Inui TS. The practice orientations of physicians and patients: the effect of doctor-patient congruence on satisfaction. *Patient Educ Couns*. 2000 Jan;39(1):49-59. doi: [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(99\)00090-7](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(99)00090-7).
57. Biscegli TS, Gonsaga RAT. OSCE: evolução histórica do desempenho dos alunos de uma escola de medicina. *CuidArt Enferm*. 2020;14(1):55-60 [acesso em 3 mar 2023]. Disponível em: <http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2020v1/p.55-60.pdf>.
58. Naghettini A, Silva ER, Lindoso F, Moreira MAC, Campos N. Diretrizes em métodos de ensino e avaliação do processo ensino-aprendizagem do curso de Medicina. Goiânia: UFG; 2010.
59. Junqueira JJO. Análise da capacidade reflexiva e da presença dos componentes do método clínico centrado na pessoa em portfólios discentes da estratégia educacional "prática médica na comunidade" do curso de medicina da Unifenas-BH [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade José do Rosário Vellano; 2021.
60. Gomes AP, Arcuri MB, Cristel EC, Ribeiro RM, Souza LMBM, Siqueira-Batista R. Avaliação no ensino médico: o papel do portfólio nos currículos baseados em metodologias ativas. *Rev Bras Educ Med*. 2010;34(3):390-6. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022010000300008>.
61. Barboza JS, Felício HMS. Humanidades médicas e seu lugar no currículo: opiniões dos participantes do Cobem/2017. *Rev Bras Educ Med*. 2020;44(1):1-8. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.1-20190155>.



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.