

O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde

The person-centered clinical method in medical training as a health promotion tool

Mirian Santana Barbosa¹, Maria Mônica Freitas Ribeiro¹

RESUMO

No contexto das políticas públicas de saúde do Brasil e de grande parte dos países do mundo, a promoção de saúde ocupa papel fundamental que serve de base teórica para o planejamento e execução de ações em saúde. Entre os aspectos essenciais da prática para a promoção da saúde, estão a construção de relacionamentos, o aumento da autoconsciência dos indivíduos, a pactuação das metas, o estabelecimento de prioridades, o uso racional dos recursos em saúde e a vivência dos resultados. Tais aspectos perpassam por todos os princípios da medicina centrada na pessoa, que além de formar um arcabouço teórico, propõem técnicas que auxiliam os profissionais de saúde, principalmente os médicos, na prática clínica. O método clínico centrado na pessoa (MCCP) sugere que o paciente seja protagonista de sua própria saúde e o posiciona como foco na consulta médica e participante ativo no estabelecimento de prioridades e na tomada de decisões para o cuidado. Porém, nota-se que ainda há uma lacuna na formação médica atual em relação ao MCCP e dificuldades de incorporação do seu ensino nos currículos dos cursos de graduação em Medicina. Este artigo tem por objetivo trazer uma revisão bibliográfica atualizada sobre o tema. **Palavras-chave:** Promoção de Saúde; Medicina Centrada na Pessoa; Educação Médica.

ABSTRACT

*In the context of public health policies in Brazil and in most the countries of the world, Health Promotion represents a fundamental role, that is useful as a theoretical basis for planning and execution of health actions. Among the essential aspects of practice for health promotion are building relationships, increasing individuals' self knowledge, agreeing priorities and goals, rational use of health resources, and experiencing results. These aspects pervade all the principles of Patient Centered-Medicine, which, in addition to provide a theoretical framework, propose techniques that help health professionals, specially physicians, in clinical practice. The Patient-Centered Clinical Method (PCCM) proposes that the patient become protagonist of his own health and places it as a focus on the medical consultation and active participant in achieving priorities and decision making for care. However, there is still a gap in current medical training regarding PCCM and a challenge to incorporate its teaching in the curricula of undergraduate medical courses. This article purpose an updated bibliographic review on the subject. **Keywords:** Key words: Health Promotion; Patient Centered-Care; Medical Education.*

INTRODUÇÃO

A promoção de saúde é, atualmente, base das políticas públicas em todo o mundo e se constitui de uma variedade de ações que contribuem e possibili-

¹ Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Promoção da de Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Mirian Santana Barbosa
E-mail: miriansb@gmail.com

tam responder às necessidades sociais em saúde.¹ A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a promoção da saúde como “o processo de habilitar pessoas a assumir o controle de sua saúde e a melhorá-la”.² Essa definição contempla o conceito atual de saúde como sendo um estado de razoável harmonia entre o sujeito e sua própria realidade, destacando características como autonomia, subjetividade e individualidade.³ Tal conceito vem substituir aquele definido pela Organização Mundial de Saúde em 1946 como “um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença”³, muito discutido como utópico, principalmente pela dificuldade de se definir “um completo estado de bem-estar”, por ser a completude inatingível pela própria condição humana.⁴

No Brasil, a Política Nacional de Promoção à Saúde¹ do Sistema Único de Saúde (SUS) traz a promoção da saúde “como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro”, definindo os conceitos de integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação e sustentabilidade como diretrizes políticas. Esse paradigma traz a necessidade de que o processo de produção do conhecimento e das práticas em saúde se faça por meio da construção compartilhada, o que exige a participação ativa dos envolvidos na produção social de saúde, como os usuários do SUS, movimentos sociais, gestores e profissionais de saúde.¹

Nesse contexto, o médico assume importante papel na promoção de saúde das pessoas, por ser figura atuante não só nos vários cenários da assistência, mas na elaboração de políticas de saúde em vários níveis. Consequentemente, sua formação deve abordar a promoção de saúde nos seus diversos parâmetros sociais, políticos, econômicos, culturais.⁵ Considerando o âmbito do atendimento ao paciente e o aproveitamento de janelas de oportunidade para educação e promoção de saúde, a medicina centrada na pessoa cumpre o papel de responder a essas expectativas ao incorporar a perspectiva do paciente e torná-lo sujeito de sua própria saúde.⁵

O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão da literatura sobre medicina centrada na pessoa e educação médica, na perspectiva da promoção de saúde.

METODOLOGIA

A revisão da literatura foi realizada entre maio e setembro de 2016 nas bases de dados Lilacs, Ibecs, Cumed e Lis via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no Medline acessado por meio do PubMed. As palavras-chave usadas foram “Assistência Centrada no Paciente” ou “Cuidado Centrado no Paciente” ou “*Patient Centered Care*” ou “*Patient-Centered Care*” ou “*Atención Dirigida al Paciente*” e “Educação Médica” ou “*Education, Medical*” ou “*Medical Education*” ou “*Educación Médica*” ou “Educação de Graduação em Medicina” ou “*Education, Medical, Undergraduate*” ou “*Undergraduate Medical Education*” ou “*Educación de Pregrado en Medicina*”. Não foi usado filtro de tempo, porém os estudos selecionados foram publicados entre os anos de 2001 e 2016.

Na busca realizada na BVS foram encontrados 20 estudos, sendo 11 deles selecionados para leitura a partir dos resumos por se adequarem ao tema; e na busca realizada no PubMed foram encontrados 704 artigos, dos quais 209 têm o texto completo disponível gratuitamente para leitura em inglês, português ou espanhol. Destes, 27 foram selecionados a partir da leitura dos títulos que se adequaram ao tema. Depois da leitura de todos os artigos, 19 foram selecionados para entrar no presente estudo, usando-se como critérios: qualidade do artigo e relevância para a revisão. Além disso, foram utilizadas outras fontes, como livros e dissertações.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do modelo biomédico à medicina centrada na pessoa

Historicamente, a medicina caminhou no sentido da priorização das doenças e de seu processo diagnóstico, em detrimento da pessoa que sofre o padecimento, paralelamente à busca de uma ordem ou norma para fundamentar diagnósticos – padrões sintomáticos que se repetem em determinados padecimentos são nomeados de doenças, consideradas um desvio do que se espera do organismo normal, independentemente da variância individual do processo do adoecer.⁶ Sendo assim, o modelo de consulta ou

método clínico ainda dominante na prática médica na atualidade – e o que é ensinado na maioria das instituições de ensino médico – é chamado de “modelo médico convencional” ou “modelo biomédico”.⁷ Ele se desenvolve buscando o entendimento de problemas de saúde objetivos, explicados por modelos biológicos, menosprezando a repercussão da subjetividade do paciente e tornando-se insuficiente para resolver a maioria das queixas referidas em consultas.⁸

Para Ballester,⁸ além de ser um método clínico centrado na doença, pode-se dizer que esse modelo é, em outros aspectos, centrado no médico, ao lhe conferir papel de grande autoridade e poder. O médico desempenha papel ativo na consulta como entrevistador, colhendo as informações que ele julga necessárias, escolhendo o caminho que deve ser tomado para o raciocínio clínico. Em seguida, chega a uma conclusão ou diagnóstico e expõe para o paciente sua proposta terapêutica. Observa-se que o modelo não inclui a perspectiva do paciente em sua experiência de adoecer, suas impressões sobre o problema e expectativas a respeito de como o problema será abordado, além de não trazer à tona as repercussões das condutas na rotina de vida e no contexto social da pessoa. A não participação do paciente na abordagem do seu problema ou na definição do plano terapêutico enfatiza a posição do médico em um lugar de saber superior e autoritário, quase que automático na clínica. Pesquisas mostram falhas nesse modelo, principalmente no que diz respeito à insatisfação dos pacientes⁸ e à falta de seguimento da orientação terapêutica ou adesão do paciente ao tratamento proposto.⁹

A hegemonia desse método clínico fez emergir críticas e insatisfações, tanto à real eficácia em satisfazer as necessidades de saúde das pessoas, quanto em promover a satisfação dos próprios médicos com seu trabalho.⁶ Um dos primeiros a explorar esse assunto foi o médico e psicanalista húngaro Michael Balint, em “*The Doctor, His Patient and the Illness*” (O médico, seu paciente e a doença) de 1957.¹⁰ Na década de 70 ele introduziu o termo “medicina centrada no paciente”, que o definiu em oposição ao termo “medicina centrada na doença”, incorporando ao saber médico questões do paciente como sua família, o ambiente, o contexto de vida, a construção de um vínculo.⁷ A partir daí um método clínico substitutivo foi sendo desenvolvido por vários pesquisadores em todo o mundo, destacando-se as equipes de Stewart (de Ontário, Canadá), Pendleton (de Oxford, Inglaterra) e um grupo comum das Universidades de Calgary

(Canadá) e Cambridge (Inglaterra). Todo esse movimento culminou, ao final da década de 1980, com uma proposta de mudança na abordagem médica com uma conformação denominada “medicina centrada na pessoa”, definida como:

[...] um método clínico que, por meio de uma escuta atenta e qualificada, objetiva um entendimento integral da vivência individual daquele padecimento, a fim de construir conjuntamente um plano terapêutico, estimulando a autonomia da pessoa como protagonista em seu processo de saúde.⁶

Método clínico centrado na pessoa e promoção de saúde

Pendleton *et al.* publicaram a primeira versão de seu livro em 1984, denominado “*The Consultation: a Approach to Learning and Teaching*”, e uma nova versão em 2006, “*The new consultation: developing doctor-patient communication*”. Eles destacam que é importante reconhecer que a manifestação corporal não motiva necessariamente o indivíduo a buscar atendimento médico. Isso ocorre quando a manifestação causa incômodo por sua presença ou pelas interpretações a seu respeito. Para o autor, é imprescindível entender claramente as razões que levaram a pessoa à consulta e desenvolver a entrevista na perspectiva do paciente, ou seja, tentando aprimorar a empatia.¹⁰

Silverman *et al.*, em 2003, propuseram o “*Calgary-Cambridge Guides Communication Process Skills*”, um guia que sugere um modelo de consulta com etapas a cumprir e técnicas objetivas e específicas de como iniciar a sessão, obter a informação, construir um planejamento comum e finalizar a consulta.¹¹ Devem estar claros os motivos ou razões para a consulta e a partir da exploração das principais preocupações do paciente e do médico são negociadas as prioridades e estabelecida uma “agenda”, termo utilizado para se referir às tarefas conjuntas acordadas entre ambos para aquela consulta e para o seguimento do cuidado.¹¹ Algumas das técnicas abordadas incluem os momentos adequados para uso de perguntas abertas ou direcionadas e de linguagem verbal ou não verbal, sumarizações, parafraseamentos e a busca de informações sem interromper o paciente.¹²

O método clínico centrado na pessoa (MCCP) foi recomendado por Stewart *et al.* na publicação de

“*Patient centered medicine: transforming the clinical method*”, que teve sua última atualização em 2015.⁸ Tal método dá ênfase à importância de abordar na consulta três aspectos: a perspectiva do médico, relacionada aos sintomas e à doença; a perspectiva do paciente, que inclui suas preocupações, medos e experiência de adoecer; e a integração entre as duas perspectivas.⁷ Ele descreve quatro componentes interativos do processo de atendimento, a saber: a) explorando a saúde, a doença e a experiência da doença; b) entendendo a pessoa como um todo (indivíduo, família, contexto); c) encontrando um terreno comum; d) intensificando o relacionamento entre pessoa e médico.⁷

Para o primeiro componente, é imprescindível diferenciar a doença do adoecimento. A doença é uma construção teórica com base em observações objetivas que tentam explicar o problema, e o adoecimento é a experiência pessoal e subjetiva de quem está doente, e é diferente para cada indivíduo.⁷ A doença e o adoecimento nem sempre coexistem, por exemplo, pessoas com doenças assintomáticas, como a hipertensão, nem sempre se sentem doentes, e pessoas entristecidas podem se sentir doentes, mas não têm doença alguma.

Para Stewart, para abordar o adoecimento deve-se incluir na consulta a investigação de quatro principais aspectos (que podem ser lembrados com o mnemônico SIFE): a) os sentimentos do paciente diante da doença – tranquilidade, tristeza, raiva, culpa, medo; b) suas ideias em relação ao padecimento – relações causais, explicações místicas; c) as implicações em sua funcionalidade – no trabalho, nas atividades de vida diária; d) e suas expectativas – em relação ao tratamento, evolução, cura e papel do médico.⁷ As pessoas em geral já formularam uma hipótese sobre seu problema antes de consultar o médico. Escutá-las sobre isso pode ser esclarecedor para certos diagnósticos, ajuda na decisão de quais estratégias clínicas serão mais eficazes, além do paciente se sentir ouvido e, assim, estreitar a relação médico-pessoa.⁷

No segundo componente, o médico deve buscar compreensão integral de seu paciente. Isso inclui identificar o ciclo de vida em que se encontra, entender sua história de saúde pregressa (como o uso de medicamentos, comorbidades, internações, cirurgias), hábitos de vida (sua rotina, alimentação, sono, atividade física, tabagismo, etilismo), ocupação (funções desempenhadas, carga horária), religião ou crença espiritual, lazer ou atividades que lhe conferem prazer; além de suas relações interpessoais, amorosas, filhos, no trabalho.⁷ É importante também

o entendimento do contexto em que a pessoa está inserida, no que diz respeito ao ambiente (rural, urbano, condições geográficas específicas, acesso a equipamentos sociais e de saúde), condições de moradia, com quem mora e o âmbito social, dinâmica familiar, os costumes locais e o momento econômico.

Deve-se tentar entender o que estar saudável ou estar doente significam para a pessoa e, para isso, contemplar, no atendimento, seus comportamentos, convicções e sentimentos, por vezes inconscientes. Nem sempre os elementos de uma consulta são aparentes de imediato, tornando a escuta qualificada o caminho de entender quais estratégias se fazem necessárias para atingir os objetivos da clínica.⁷ Kasuya e Sakai¹³ sugerem que o médico deve ter a consciência e um olhar sensível para o impacto que a idade, orientação sexual, espiritualidade, nível socioeconômico, costumes culturais, relações familiares e ocupacionais podem ter sobre o processo da doença, o diagnóstico e o tratamento de cada um de seus pacientes e que contribuem para o aparecimento, desenvolvimento e continuidade das doenças.

Dessa forma, o conceito de “competência cultural” se mostra com especial importância ao propor a diminuição do abismo cultural entre o médico e a pessoa atendida.¹⁴ Envolve a compreensão do arranjo entre crenças, comportamentos, influências ambientais e socioeconômicas no modo de pensar e produzir saúde de cada sujeito. Landsberg *et al.*¹⁴ consideram que, partindo da competência cultural como característica desejável do cuidado e que sua prática é passível de aprendizado, o MCCP adquire papel central, pois desenvolve técnicas que possibilitam a aquisição desse conhecimento.

O terceiro componente do MCCP propõe que médico e paciente encontrem um terreno comum, ou seja, entrem em acordo com a agenda e as prioridades da consulta, as metas do cuidado e elaborem um plano conjunto de manejo dos problemas, identificando nele os papéis assumidos por ambos.⁷ A escolha da melhor opção de tratamento disponível deve levar em conta as preferências do paciente, único capaz de torná-lo efetivo.¹⁵ Fornecer informações sobre as opções de cuidados, os benefícios e malefícios de cada opção, os resultados esperados relevantes e posteriormente ouvir a opinião e as impressões do paciente sobre o que foi exposto constitui uma estratégia de tomada de decisão compartilhada.¹⁶

Estudo de del Rio-Lanza¹⁵ mostrou que as variáveis “prestação de informações” e “escuta atenta” de-

terminam eficácia e proatividade na consulta médica. Ou seja, são habilidades que incentivam os pacientes a não subestimarem seus conhecimentos e experiências pessoais e os implicam em um comportamento ativo no seu tratamento, tornando-o, assim, mais eficaz, principalmente quando se trata de orientações relacionadas a mudanças de hábitos de vida. Entre os motivos que fazem com que médicos não usem essas estratégias, o principal é a ausência de reconhecimento de que isso seja importante na assistência à saúde de seus pacientes, pois entendem que a indicação do tratamento e de demais condutas deve partir apenas do conhecimento médico.¹⁵

No quarto componente, Stewart⁷ ressalta a importância de se fortalecer a relação médico-pessoa, um processo que deve ser construído durante toda a consulta e ser aprimorado em todos os encontros em uma assistência longitudinal. Essa relação, considerados os fenômenos de transferência e contra-transferência, deve ser sustentada pelos conceitos de empatia, compaixão, parceria, compartilhamento de poder e autoconsciência do médico.⁷ Por muito tempo, seguindo o método clínico tradicional, os estudantes de Medicina foram ensinados a “não se envolver”, pois se acreditava que a distância protegia de emoções negativas. Estudos mais recentes mostram que não há como não ser afetado de alguma forma pelo encontro com o sofrimento do outro, mesmo quando o caminho seguido é a evitação ou negação e, pelo contrário, a falta de abertura e o distanciamento nas relações resultam em maiores angústias e frustrações para o médico.⁷

Em suas edições anteriores, o método clínico proposto por Stewart⁷ contava com mais dois componentes que sugeriam um momento de abordar a prevenção e promoção de saúde do paciente na consulta e de pensar na viabilidade das propostas em relação a custo e tempo, denominado por ela de “sendo realista”. Tais aspectos foram incorporados nos quatro já descritos componentes, na sua edição mais recente de 2015.

Atualmente, um arcabouço científico tem mostrado cada vez mais as vantagens na utilização do M CCP. Estudos baseados em evidência trouxeram quatro diretrizes para a comunicação entre pessoa e médico que comprovadamente resultam em melhores desfechos clínicos: informações claras fornecidas à pessoa; metas estabelecidas de comum acordo; papel ativo para a pessoa – para fazer perguntas, obter respostas e tomar decisões sobre o tratamento; e afeto positivo, empatia e apoio do médico.⁷ Melhores

desfechos também foram identificados quando há aumento do engajamento e parceria do paciente e da família em suas experiências de cuidados em saúde.¹⁸ Pesquisas mostram que explicações fisiopatológicas e sobre a prescrição médica, por si sós, não garantem seguimento da orientação terapêutica⁹ e que a exploração das ideias e expectativas do paciente, explicações a respeito das orientações e a verificação do ponto de vista do paciente se associam ao aumento da adesão ao tratamento.¹⁹

Em estudo de Stewart¹⁷ foi demonstrado que o compartilhamento das decisões foi associado positivamente aos resultados a longo prazo da consulta centrada na pessoa, sendo que em 76% dos casos avaliados houve melhora da saúde global do paciente.

Considerando que promoção de saúde pode ser entendida como proatividade da pessoa em relação à sua própria saúde,¹ ao colocar o paciente em um papel ativo na consulta, buscando suas peculiaridades como sujeito e se responsabilizando pelo seu cuidado, está-se promovendo saúde.⁸

Educação médica e M CCP

A disseminação da medicina centrada na pessoa e a crescente demanda pela qualidade do cuidado têm colocado em xeque a formação médica em todo o mundo.²⁰ Seguindo diversas recomendações internacionais, o modelo biomédico tradicional vem sendo substituído gradativamente pelo ensino do M CCP, apoiado no atendimento médico do indivíduo de forma integral e na premissa de que comunicação e empatia são habilidades que podem ser ensinadas e aprendidas.⁸ É recomendado que os programas de ensino médico incluam formação interdisciplinar que permita uma compreensão da maneira pela qual as pessoas de diversas culturas e crenças percebem a saúde e a doença.¹³ Estudo da Universidade de Michigan mostrou que a incorporação de disciplinas na graduação em Medicina, voltadas para o aprendizado da medicina centrada na pessoa, melhorou o atendimento dos pacientes na percepção dos próprios pacientes.

Em relação aos alunos, 94% afirmaram que aumentaram sua compreensão dos desafios individuais da doença e do adoecimento e no reconhecimento do valor da parceria dos profissionais de saúde com pacientes e familiares.²¹ Paradise²² e Gallentine²³ concluíram que percepções dos estudantes sobre as propostas de ensino da medicina centrada na pes-

soa são positivas, principalmente no que diz respeito ao entendimento da experiência do processo de adoecer e à melhoria da qualidade da comunicação médico-paciente. Estudo de Rossignol,²⁰ nos Estados Unidos, mostrou que habilidades de comunicação pautadas no MCCP podem ser adquiridas por estudantes de medicina que forem treinados em sua formação, inclusive já estão consolidadas ferramentas quantitativas e qualitativas eficazes para se avaliar o aprendizado do estudante em tais habilidades.²⁴ Shah *et al.*²⁵ mostraram que um programa de treinamento longitudinal de habilidades de comunicação, abrangendo várias disciplinas em diversos períodos de um currículo de graduação em Medicina, gera impacto positivo nas habilidades de consulta dos alunos no que se refere a melhor entendimento do problema e melhor desempenho clínico.

A OMS e a Associação Mundial dos Médicos Gerais e de Família (WONCA) entendem que o MCCP constitui um elemento importante na formação médica geral, independentemente da especialidade que o futuro médico irá exercer.²⁶

No Brasil, o processo de implementação do SUS nas últimas décadas trouxe reflexões a respeito dos limites e possibilidades de diferentes iniciativas de mudança na formação dos profissionais de saúde. A formação médica realizada em cenários de prática diversos, incluindo as unidades básicas de saúde, onde, diferentemente do hospital, o modelo biomédico nem sempre se aplica de forma adequada e onde as atividades de educação e promoção de saúde no nível individual ou familiar são de grande importância, vai exigir dos estudantes outras ferramentas para a abordagem adequada da pessoa.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em Medicina²⁷ estipulam o perfil do egresso em Medicina:

[...] formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença.

As mesmas Diretrizes Curriculares²⁷ pontuam que o projeto pedagógico do curso de graduação

em Medicina deve contribuir para a compreensão e difusão das culturas, respeitando o pluralismo de concepções e a diversidade. A pesquisadora Feuerwerker⁵ opina que nesse campo há que se reconhecer a necessidade de novas “caixas de ferramentas” para a produção de conhecimento, levando em conta a implicação dos sujeitos – autores e atores dos processos em análise. Uma dessas “caixas de ferramentas” pode ser encontrada no MCCP, uma vez que busca o protagonismo dos sujeitos – médico e paciente – na cena do atendimento e enfatiza a comunicação entre eles.

Boudreau *et al.*²⁸ ressaltam que, para formar médicos capacitados para a realização de consultas apoiadas nos pressupostos do modelo centrado na pessoa, é essencial construir com os alunos o conceito de indivíduo doente numa perspectiva indissociável entre doença e adoecimento desde o início da graduação. No entanto, esse cenário configura um desafio, pois pressupõe a implantação de estratégias de ensino efetivas que requerem integração e inter-relação de todos os departamentos e disciplinas, em uma realidade na qual se encontram escolas médicas que, muitas vezes, têm a estrutura engessada pela organização flexneriana.⁸

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diversos autores referem que a realização da consulta médica se associa a melhores resultados quando apoiada nos pressupostos do MCCP. Esses pressupostos propiciam a autonomia e proatividade do paciente como sujeito, elementos indispensáveis para a efetivação da promoção da saúde no plano individual. Há evidências de que o MCCP se relaciona a melhores desfechos clínicos no que diz respeito a satisfação do paciente, sentimento de gratificação do médico, mais adesão ao tratamento e melhora da condição global de saúde. A formação médica no mundo tem passado por mudanças no sentido de se adequar ao ensino do modelo centrado na pessoa, substituindo o modelo biomédico, até então predominante por décadas. A experiência atual tem mostrado que os estudantes reconhecem um impacto positivo da utilização do MCCP, porém muitos desafios são encontrados, pois sua utilização configura uma mudança de paradigma que demanda transformações estruturais curriculares significativas.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde 3ª ed. Brasília; 2010.
2. World Health Organization. First International Conference on Health Promotion. Ottawa; 1986. [citado em 2016 jul. 25]. Disponível <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
3. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. Basic Documents. 45ª ed. Genebra; 2006. [citado em 2016 jul. 25]. Disponível em: <http://www.who.int/governance/eb/whoconstitutionen.pdf>. p.1
4. Segre M, Ferraz FC. O conceito de saúde. Rev Saúde Pública. 1997; 31(5):538-42.
5. Feuerwerker LCM. Educação na saúde: educação dos profissionais de saúde – um campo de saber e de práticas sociais em construção. Rev Bras Educ Med. 2007;31(1):3-4.
6. Ferreira DC, Souza ID, Assis CRS, Ribeiro MS. A experiência do adoeecer: uma discussão sobre saúde, doença e valores. Rev Bras Educ Med. 2014;38(2):283-8.
7. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010. 376p.
8. Ballester D, Zuccolotto SMC, Gannam ASA, Escobar AMU. A inclusão da perspectiva do paciente na consulta médica: um desafio na formação do médico. Rev Bras Educ Med 2010;34(4):598-606.
9. Haynes RB, McKibbon KA, Kanani R. Systematic review of randomised trials of interventions to assist patient to follow prescriptions for medications. Lancet. 1996;348(9024):383-6.
10. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The new consultation: developing doctor-patient communication. New York: Oxford University Press Inc; 2003.
11. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Calgary-Cambridge Guides Communication Process Skills: skills for communicating with patients. 3ª ed. London: Taylor & Francis Group; 2013.
12. Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. 2ª ed. Oxford: Radcliffe Publishing; 2006.
13. Kasuya RT, Sakai DH. Patient-centered medical education: has an educational paradigm finally found a name? Hawaii J Med Public Health. 2013;72(2):63-5.
14. Landsberg G, Claber I, Pastor R. Primária: o essencial da atenção primária à saúde. Caratinga: FUNEC; 2012. 186p.
15. Rio LAB, Alvarez LS, Vazquez AS, Casielles RV. Information provision and attentive listening as determinants of patient perceptions of shared decision making around chronic illnesses. SpringerPlus. 2016; 5(1):1386.
16. Giguere AMC, Labrecque M, Haynes RB, Grad R, Pluye P, Légaré F, et al. Evidence summaries (decision boxes) to prepare clinicians for shared decision-making with patients: a mixed methods implementation study. Implementation Science. 2014; 9:144.
17. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcome: a review. CMAJ. 1995; 152(9):1423-33.
18. DiGioia AM, Greenhouse PK. Creating value with the Patient and Family-Centered care methodology and practice: what trainees need to know, why, and strategies for medical education. AMA J Ethics. 2016; 18(1):33-39.
19. Lassen LC. Connections between the quality of consultation and patient compliance in general practice. Fam Pract. 2001; 8(2):154-60.
20. Rossignol L. Relationship between Participation in Patient- and Family-Centered Care Training and Communication Adaptability among Medical Students: changing hearts, changing minds. Permanente J. 2015; 19(3):54-8.
21. Parent K, Jones K, Phillips L, Stojan JN, House JB. Teaching Patient- and Family-Centered Care: integrating shared humanity into medical education curricula. Am Med Assoc J Ethics Medical Educ. 2016; 18(1):24-32.
22. Paradise NMB, Kelly MN, Black EW, Sessums CD, Dipietro MK, Novak MA. Family-centered rounds and medical student education: a qualitative examination of students' perceptions. Hosp Pediatr. 2011; 1(1):24-9.
23. Gallentine A, Salinas-Miranda AA, Bradley-Klug K, Shaffer-Hudkins E, Hinojosa S, Monroe A. Student perceptions of a patient-centered medical training curriculum. Int J Med Educ. 2014; 5:95-102.
24. Wilkerson L, Fung CC, May W, Elliott D. Assessing patient-centered care: one approach to health disparities education. J Gen Intern Med. 2010; 25(2):S86-90.
25. Shah S, Andrades M, Basir F, Jaleel A, Azam I, Islam M, et al. Has the inclusion of a longitudinally integrated communication skills program improved consultation skills in medical students? a pilot study. J Family Med Prim Care. 2016; 5(1):45-50.
26. Demarzo MP, Anderson MI, Rodrigues RD. A medicina de família e comunidade, a Atenção Primária à Saúde e o ensino de graduação – recomendações e potencialidade. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Rio de Janeiro; 2006.
27. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação. Resolução N°3, de 20 de junho de 2014. Capítulo III – Dos conteúdos curriculares e do projeto pedagógico do curso de graduação em medicina, artigos 25, 26 e 27. Brasília; 2014.
28. Boudreau JD, Cassel E, Fucks A. A healing curriculum. Med Educ. 2007; 41: 1193-202.