



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
CAMPUS II – IMPERATRIZ/MA
CURSO DE MEDICINA

ADRIANO STÊNIO GENARO

**AUTOAVALIAÇÃO SOBRE CUIDADO CENTRADO NA PESSOA NO INTERNATO
DE MEDICINA DA FAMÍLIA EM CIDADE DE REFERÊNCIA LOCORREGIONAL**

ADRIANO STÊNIO GENARO

**AUTOAVALIAÇÃO SOBRE CUIDADO CENTRADO NA PESSOA NO
INTERNATO DE MEDICINA DA FAMÍLIA EM CIDADE DE
REFERÊNCIA LOCORREGIONAL**

Trabalho de Conclusão de Ciclo apresentado ao Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão - UFMA/Imperatriz, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientador: MSc. Willian da Silva Lopes

Imperatriz, Maranhão
2021

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo autor.
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

GENARO, ADRIANO STÊNIO.

Autoavaliação sobre cuidado centrado na pessoa no internato de medicina da família em cidade de referência locorregional /

GENARO, ADRIANO STÊNIO, - 2021

21f.

Orientador: MSc. Willian da Silva Lopes

Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão,
IMPERATRIZ, 2021.

Satisfação do paciente. 2. Atenção primária à saúde. 3. Assistência centrada no paciente. I. Lopes, Willian da Silva. II. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
CURSO DE MEDICINA

Candidato: Adriano Stênio Genaro

Título do TCC: Autoavaliação sobre cuidado centrado na pessoa no internato de medicina da família em cidade de referência localregional

Orientador: Prof. MSc. Willian da Silva Lopes

A Banca Julgadora de trabalho de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, em sessão pública realizada a 15/11/2021, considerou

(x) Aprovado

() Reprovado

Examinadora:

Nome: MSc. Aldicléya Lima Luz

Instituição: Universidade Federal do Maranhão – curso de Medicina/CCSST

Examinador:

Nome: MSc. Wherveson de Araújo Ramos

Instituição: Universidade de Ensino Superior do Sul do Maranhão -UNISULMA

Dedico esse trabalho à minha família e amigos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus e a minha família que me apoia em todos os momentos, nas vitórias e derrotas, nos momentos de felicidade e tristeza. Que me inspiram a seguir em frente e ser uma pessoa melhor. Sem vocês nada disso seria possível.

A minha amiga Amanda que está comigo no trilhar da vida a qual posso compartilhar meus momentos de segurança e insegurança. Que me apoia desde o ensino médio e tem sido fonte de inspiração e superação.

A minha amiga Paula pelo compartilhamento de vida sob mesmo teto. Que tem me ensinado muito sobre a vida. Pelo compartilhamento de todos os sonhos, tristezas e alegrias. Uma pessoa especial que posso chamar de amiga, que tem sido minha base em incontáveis momentos.

Agradeço aos meus amigos do intercâmbio, que me ensinaram culturas, línguas, tradições e religiões. Que me tiraram da zona do conforto e compartilharam momentos especiais comigo. Que me ajudaram a tirar argueiros dos meus olhos e me possibilitaram enxergar o mundo com outra holística.

Aos meus amigos do trabalho em Campinas que me ensinaram a ser o profissional que sou. Que seguraram em minhas mãos quando elas tremiam nos procedimentos e que festejaram vários aniversários comigo. Que me apoiaram a buscar meus sonhos. E aos meus amigos do trabalho de Imperatriz, que me ensinam a ser um melhor profissional.

A Celina, que acreditou em mim e que me apoiou como ninguém. Minhas mais sinceras gratidões. Jamais esquecerei seu apoio.

Aos professores e colegas da universidade, especialmente meu orientador MSc. Willian da Silva Lopes, que depositou créditos e energia para que trabalho fosse possível. Que me inspira com seu conhecimento, habilidades e atitudes.

A todos que me apoiaram até aqui. Agradeço aos pesquisados que se empenharam em participar do trabalho. A todos meus singelos agradecimentos.

“Faça o seu melhor, nas condições que você tem, enquanto você não tem condições melhores, para fazer melhor ainda” – Mário Sérgio Cortella

RESUMO

Introdução: O Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) é tão antigo quanto à medicina. Reemergiu a partir de 1940 frente às vicissitudes da medicina moderna, abordando habilidades, conhecimentos e atitudes relevantes à prática médica. O MCCP não aborda somente a individualização do cuidado e o respeito ao paciente, ele tem aspirações maiores, considerando aspectos objetivos e subjetivos.

Metodologia: O estudo é do tipo analítico descritivo transversal com abordagem quantitativa. A amostra é composta por 64 internos de medicina da Universidade Federal do Maranhão – campus Imperatriz que estagiaram no internato da Atenção Primária à Saúde. Utilizado como instrumento a adaptação do questionário validado “Autoavaliação e avaliação da comunicação com as pessoas: avaliação feita pelo especialista” que contempla nove perguntas divididas em três componentes, sendo cada componente graduado em escala Likert de quatro respostas. Para análise de dados foi usado o software SPSS na versão 21.0. Foram obedecidas as diretrizes e normas de pesquisa com a elaboração do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados: A maioria (84,38%) dos internos da Universidade Federal do Maranhão – campus Imperatriz conhecem o MCCP, enquanto 12,5% já ouviram falar. Apenas 2 internos (3,12%) citaram desconhecê-lo. Quanto ao sexo, 36 (56,25%) são do sexo masculino. O pior desempenho foi no componente 2, cujo objetivo é entender a pessoa em sua totalidade, apresentando média e desvio padrão de $2,53 \pm 0,69$. O sexo feminino não se destacou quanto ao desempenho na autoavaliação do MCCP durante o estágio da atenção primária à saúde em nenhum componente avaliado.

Conclusões: A aplicação do MCCP exige habilidades, atitudes e conhecimentos da habilidade de comunicação na prática médica. Diversas ferramentas do MCCP, quando bem trabalhadas, podem potencializar a qualidade do atendimento médico, independente do sexo ou condições étnicas ou sociais dos acadêmicos.

Palavras-chaves: Satisfação do paciente; Atenção primária à saúde; Assistência centrada no paciente.

ABSTRACT

Introduction: The Person-Centered Clinical Method (PCCM) is as old as medicine. Re-emerged from 1940 onwards in the face of the vicissitudes of modern medicine, addressing relevant skills, knowledge, and attitudes from learning to medical practice. The PCCM does not only address the individualization of care and respect for the patient, it considers objective and subjective aspects. **Methodology:** The present study is exploratory research. It includes quantitative character. The sample is composed of 64 medical interns at the Federal University of Maranhão - Imperatriz campus who trained in the Primary Health Care internship. Which includes 9 questions divided into 3 components, each component being graduated on a Likert scale of responses. To analyze the data used in SPSS software version 21.0. The research guidelines and norms were followed with the elaboration of the Free, Prior and Informed Consent (FPIC). **Results:** The majority (84.38%) of the medical interns at the Federal University of Maranhão - Imperatriz campus know about the PCCM, while 12.5% have already heard of it. Only 2 medical interns (3.12%) mentioned not knowing it. As for gender, 36 (56.25%) are male. The worst performance was in component 2, which understands the person, mean and standard deviation of 2.53 ± 0.69 . The women medical interns do not perform better than men medical interns in the self-evaluation of the application of the PCCM during the stage of primary health care in component 1 ($p=0.493$), component 2 ($p=0.924$), component 3 ($p=0.842$) or overall score ($p=0.525$). **Conclusions:** The application of the PCCM requires skills, attitudes, and knowledge of medical practice. Several PCCM tools, when properly worked, can enhance the quality of medical care, regardless of the students' gender, ethnic or social conditions.

KEYWORDS: Patient Satisfaction; Primary Health Care; Patient-Centered Care

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
1.1 História da Medicina Centrada na Pessoa (MCP).....	14
1.2 Método Clínico Centrado na Pessoa no Brasil.....	16
2 METODOLOGIA.....	19
2.1 Tipo de estudo.....	19
2.2 Aspectos éticos.....	19
2.3 Período e local de estudo.....	19
2.4 Amostra.....	20
2.5 Instrumento e coleta de dados.....	20
2.6 Análise estatística.....	20
2.7 Limitações do estudo.....	21
3 RESULTADOS.....	22
4 DISCUSSÃO.....	25
5 CONCLUSÕES.....	30
6 REFERÊNCIAS.....	31
7 GLOSSÁRIO.....	36
8 APÊNDICE.....	37
9 ANEXOS.....	40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	ATENÇÃO BÁSICA
ACS's	AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
CEP	COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
DAB	DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
DCN	DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS
ESF	ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
E-SUS AB	SISTEMA DE INFORMATIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA DO SUS
IBGE	INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
MCCP	MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA
MCP	MEDICINA CENTRADA NA PESSOA
MFC	MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE
MS	MINISTÉRIO DA SAÚDE
NEP	NÚCLEO DE ENSINO E PESQUISA
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
PCCP	PERCEPÇÃO DO CUIDADO CENTRADO NA PESSOA
PNAB	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA
RAA's	REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE
SEMUS	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IMPERATRIZ
SPSS	<i>STATISTICAL PACKAGE FOR SOCIAL SCIENCES</i>
SISAB	SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE PARA A ATENÇÃO BÁSICA
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
TCLE	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
UFMA	UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
WMA	ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL

LISTA DE SÍMBOLOS

♂	SEXO MASCULINO
♀	SEXO FEMININO
±	MAIS OU MENOS
®	MARCA REGISTRADA
=	IGUAL
%	PORCENTAGEM
XVII	SÉCULO DESESSETE
XIX	SÉCULO DEZENOVE
US\$	DÓLAR AMERICANO

APRESENTAÇÃO DO ARTIGO

Título: Autoavaliação sobre cuidado centrado na pessoa no internato de medicina da família em cidade de referência locorregional

Autor: Adriano Stênio Genaro

Discente de medicina da Universidade Federal do Maranhão

adriano.genaro@discente.ufma.br

ORCID: 0000-0002-2888-9724

Orientador: MSc. Willian da Silva Lopes

Graduado em medicina pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Residência médica em Otorrinolaringologia pelo Hospital Universitário Walter Cantídio- UFC e mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

Docente do curso de medicina da Universidade Federal do Maranhão.

lopes.willian@ufma.br

ORCID: 0000-0002-7963-8407

Status: Submetido

Revista: Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC)

ISSN: 2179-7994

Fator de Impacto: Qualis B2

DOI:

1 INTRODUÇÃO

1.1 História da Medicina Centrada na Pessoa (MCP)

A Medicina Centrada na Pessoa (MCP) é um método clínico que não se limita apenas a individualização do cuidado e/ou respeito do paciente. Ela apresenta aspirações maiores e mais complexas, envolvendo os aspectos da subjetividade da pessoa em momentos específicos, caracterizando o significado da doença, *status*, importância particular do sofrimento e dependência. (MEZZICH *et al.*, 2016a; 2016b).

Para se alcançar a atual visão holística na MCP, foi necessário transpassar continentes e tempos. Alguns aspectos desse método clínico são evidentes na mais antiga medicina chinesa e na cultura *ayurveda*, assim como nas antigas culturas americanas e na africana *Ubuntu*. (CHRISTODOULOU *et al.*, 2018).

Já na Grécia antiga, Sócrates ensinou a impossibilidade da parte estar bem sem que o todo estivesse. Ele também particularizou a psique, integralizando emoções, comportamentos e mentalização para o bem-estar (MEZZICH *et al.*, 2016a).

Pouco tempo depois, durante o império Macedônico, Aristóteles anunciou a Ética Nicomaqueia, ensinando que para se alcançar o sucesso no tratamento é necessário entender que o sofrimento vivenciado pelo paciente naquele momento é específico, não se repetindo. (MEZZICH, 2015).

Apesar desses avanços, durante a idade média a medicina pouco se desenvolveu. A época foi marcada por não questionar as hipóteses, dificultando o conhecimento de doenças ainda não conhecidas. (STEWART *et al.*, 2017).

Após muitos séculos praticando a tradicional medicina grega, a inovação se sobressaiu na época do iluminismo. O século XVII foi marcado por grandes nomes, como Newton, Descartes e Bacon. Na medicina, Vesalius e Harvey fizeram descobertas no campo da anatomia e fisiologia, mas não na patologia ou serviços clínicos. (MEZZICH, 2015).

O grande destaque da época foi Descartes. Seu conceito de que o corpo é uma máquina teve enormes influências na medicina. Substituiu o conceito vitalista da medicina pré-moderna e tornou possível o desenvolvimento das ciências básicas da área. Além disso, sua abordagem reducionista *Res extensa* (mente) e *Res cogitans* (corpo) permitiu avanços na biologia. (STEWART *et al.*, 2017).

Todavia, nem tudo estava resolvido. Descartes não sabia como explicar as influências da mente sobre o corpo. Nesse sentido, surgiu a observação sistemática

da pessoa. O primeiro médico moderno a utilizá-la foi Thomas Sydenham (STEWART *et al.*, 2017). Ele descreveu o curso das doenças, ignorando especulações em teorias não fundamentadas. Classificou as patologias em categorias, semelhante aos espécimes botânicos e, por fim, procurou “remédio” para cada uma das doenças. Sua revolução foi correlacionar categorias de doenças com sua evolução e desfecho, fornecendo valor preditivo. (STEWART *et al.*, 2017; MEZZICH *et al.*, 2016a).

O próximo grande salto na área médica se deu após a revolução francesa. O turbilhão político culminou com avanços na medicina. Os médicos começaram a examinar com instrumentos a partir de Leannec, grande gênio da escola francesa, que descreveu a metodologia médica praticada até os dias atuais. (STEWART *et al.*, 2017).

O fim do século XIX é mencionado como o momento em que a medicina e a filosofia se dissociaram. Enquanto no passado o diagnóstico era entendido como identificar o doente, sua meta passou a ser, então, identificar a doença. (MEZZICH *et al.*, 2016a).

Nesse momento, iniciou-se o poder da generalização, ou seja, o distanciamento da pessoa individual de todas as particularidades da sua experiência de doença. Associado ao uso de tecnologias cada vez mais avançado na medicina, o foco na doença teve seu preço. Perante isso, nos anos seguintes, a necessidade de um método clínico personalizado associado a descobertas das experiências interpessoais começam a retomar o diagnóstico centrado na pessoa. (STEWART *et al.*, 2017).

Em 1940, o suíço Paul Tournier descobriu o valor transformacional das criticadas experiências interpessoais. Ao mesmo tempo, o americano Carl Rogers demonstrou o significado da comunicação aberta ao empoderamento de cada indivíduo. Entretanto, somente nas últimas décadas, em resposta às vicissitudes da medicina moderna, a medicina centrada na pessoa integralizou elementos históricos e transculturais para emergir como um método clínico. (MEZZICH *et al.*, 2016a).

Sua validação pelas associações médicas foi rápida. Houve imediato apoio da Associação Médica Mundial (WMA), promulgado nas declarações de Genebra de 1948. Em 2013, surgiu na Croácia o primeiro congresso internacional de MCP, que passou a serem realizados anualmente desde então. Já sediaram Argentina (2014),

Inglaterra (2015), Espanha (2016), Croácia (2017), Índia (2018) e Japão (2019). (NAKAYASU, 2019).

Apesar de a Argentina ter sediado o congresso internacional em 2014, foi somente a partir da Declaração de Lima, em 2015, que a América Latina se integralizou no assunto, tanto no fomento das declarações de Genebra, quanto na participação ativa nos congressos internacionais de MCP. (MEZZICH *et al.*, 2016a).

1.2 Saúde pública no Brasil e Método Clínico Centrado na Pessoa

A evolução histórica das políticas de saúde no Brasil está relacionada diretamente a evolução político-social e econômica da sociedade brasileira, tendo forte determinação do capitalismo. (PAIM, 2018).

A saúde nunca ocupou lugar central nas políticas do país. Somente em situação de endemias ou epidemias com repercussão econômica ou sociais dentro do modelo capitalista vigente da época é que se tornava alvo de atenção do Estado. (BARBOZA; RÊGO; BARROS, 2020).

Por essa incúria governamental, a conquista dos direitos sociais (previdenciários e de saúde) foi resultante do poder de lutas, reivindicações e da organização dos trabalhadores brasileiros, sendo a saúde um dos pilares da previdência. (BARBOZA; RÊGO; BARROS, 2020).

Somente em 1953 a saúde é desmembrada da Previdência Social com a criação do Ministério da Saúde, porém era um órgão mais burocrata-normativo que executivo de políticas públicas, uma vez que os recursos destinados às políticas públicas eram baixos, subsequente aos altos empréstimos com juros subsidiados para os hospitais privados. (PAIM, 2018).

O resultado foi o crescimento vertiginoso de 467% em leitos hospitalares com tecnologia de alto custo curativo (US\$2.423.500.000,00) que cobriam apenas 22% da população e eram incapazes de solucionar os problemas de saúde coletiva, como as epidemias e os indicadores de saúde, especialmente dos marginalizados sem vínculo empregatício. (POLIGNATO, 2008 apud CARVALHO; RODRIGUES; ROSA, 2020).

No cenário pós ditadura militar, os movimentos sociais exigiram a criação de uma nova Constituição que contemplasse um sistema de saúde público baseado na saúde como direito de todos e dever do Estado (BARBOZA; RÊGO; BARROS, 2020). Criou-se, então, o Sistema Único de Saúde (SUS) através da Lei nº 8.080, de 19 de

setembro de 1990 (BRASIL, 1990a), tendo seu exercício de controle social estabelecido na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. (BRASIL, 1990b).

O SUS tem como principal base de políticas públicas a promoção de saúde (SALES *et al.*, 2019). A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a promoção de saúde como “o processo de habilitar pessoas a assumir o controle de sua saúde e a melhorá-la”. (WHO, 2016a).

Essa definição aborda o empoderamento e a participação do indivíduo como agente de sua própria saúde, substituindo a velha definição de saúde da OMS de 1946, como sendo “um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença”, por ser utópico e inatingível pela própria condição humana. (WHO, 2016b).

Porém, a participação do indivíduo como agente de sua própria saúde só é possível se houver médicos com conhecimento técnico-científico, habilidades de trabalho interdisciplinar e que reconheçam os domínios cultural-étnico-raciais na relação médico-paciente-comunidade. (STEWART *et al.*, 2017).

A partir desse entendimento, foi necessário um novo modelo de abordagem clínica diferente do hospitalocêntrico para a construção do SUS. Assim, os princípios da Medicina Centrada na Pessoa passaram a integrar o desenvolvimento do próprio SUS, por ser mais resolutivo e sustentável. (SALES *et al.*, 2019).

Desse modo, o SUS foi criado com os princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação social (BRASIL, 1990a), abordando seus próprios problemas com resoluções e intervenções compartilhadas e integrando a participação do indivíduo, profissionais da saúde, gestores, movimento sociais e sindicais. (MACHADO e SILVA, 2019).

O SUS é organizado em níveis de atenção à saúde, sendo a Atenção Primária à Saúde regulamentada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a qual explicita as diretrizes da Atenção Básica (AB) (BRASIL, 2017). A PNAB prevê a atenção primária como a porta de entrada para o sistema de saúde, além de ser base das cinco Redes de Atenção à Saúde (RAA's). (MENDES, 2011).

A primeira rede a ser criada foi a Rede Cegonha através da Portaria nº 1.459/11, que assegura às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegura às crianças o

direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. (BRASIL, 2011a).

As outras redes são: a Rede de Urgência e Emergência por meio da Portaria nº 1.600/11 (BRASIL, 2011b), a Rede de Atenção Psicossocial pela Portaria nº 3.088/11 (BRASIL, 2011c), a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência através da Portaria nº 793/12 (BRASIL, 2012) e a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas da Portaria nº 483/14. (BRASIL, 2014a).

Isso demonstra a complexidade da Atenção Primária à Saúde, organizada para uma resolução mínima de 80% dos problemas de saúde da comunidade (BRASIL, 2017). Assim, fica fácil entender o maior foco das novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN - 2014) em capacitar futuros médicos para atuar na Atenção Primária à Saúde. (BRASIL, 2014b).

A DCN de 2014, juntamente com as políticas da AB explicitam que os alunos médicos devem concretizar na atenção à saúde o cuidado centrado na pessoa com visão holística do processo saúde-doença (BRASIL, 2014b) e, para tal, deve aplicar os 4 componentes da MCP. (STEWART *et al.*, 2017).

O componente 1 explora a percepção do paciente sobre estar doente ou saudável, o impacto da doença para sua vida e o que deveria ter sido feito. O componente 2 busca entender a pessoa em sua totalidade. O componente 3 se refere à conduta do médico para o caso, elencando prioridades e papéis de cada ator, estimulando a autonomia e o empoderamento do paciente. (STEWART *et al.*, 2017).

O componente 4 é abordado em todos os componentes, aproximando a pessoa e o médico. Isso se dá a partir da aplicação de várias ferramentas integrativas e empáticas, de modo a atingir o objetivo comum para ambos naquele momento. (STEWART *et al.*, 2017).

Diante dessa complexidade do MCCP e entendendo que os acadêmicos de medicina serão os futuros profissionais nessa conjuntura, o objetivo desse trabalho consiste em analisar a autoavaliação sobre cuidado centrado na pessoa no internato de medicina da família em cidade de referência locorregional.

2 METODOLOGIA

A metodologia compreendeu:

2.1 TIPO DE ESTUDO

Pesquisa analítica e transversal com abordagem quantitativa.

2.2 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo faz parte do projeto guarda-chuva “Percepção do cuidado centrado na pessoa: avaliação da integração ensino-serviço na atenção básica” aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da Universidade Federal do Maranhão com parecer n.º 4.344.296 (ANEXO B), em concordância e formalização dos participantes mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

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

Os dados coletados são sigilosos, utilizados somente para fins científicos, sendo de acesso restrito dos pesquisadores envolvidos, mantendo-se sigilo dos dados pessoais conforme orientação da Resolução n.º 466/2012 e Resolução n.º 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. As informações serão arquivadas por cinco anos, após o referido período serão reciclados.

2.3 PERÍODO E LOCAL DE ESTUDO

A coleta dos dados foi realizada entre outubro de 2020 a janeiro de 2021.

O local da pesquisa foi na cidade de Imperatriz, localizada no estado do Maranhão, a qual possui seus limites com os municípios de Cidelândia, São Francisco do Brejão, João Lisboa, Davinópolis, Governador Edison Lobão e com o Estado do Tocantins. É a segunda cidade mais populosa do estado, com população estimada em 2020 de 259.337 habitantes (IBGE, 2010).

A cidade tornou-se um importante polo universitário, possuindo o curso de medicina em três universidades, sendo uma federal, uma estadual e uma de caráter privado.

2.4 AMOSTRA

Participaram da pesquisa 64 internos de medicina da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) – Campus Imperatriz que realizaram o estágio curricular obrigatório na Atenção Primária à Saúde do internato e que acordaram com o consentimento da pesquisa através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o que correspondeu a 100% dos alunos matriculados no internato do campus de referência.

No critério de exclusão está o preenchimento menor que 80% do questionário.

2.5 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS

Foi utilizado como instrumento dessa pesquisa a versão curta do questionário de Percepção do Cuidado Centrado na Pessoa (PCCP) denominado “Autoavaliação e avaliação da comunicação com as pessoas: avaliação feita pelo especialista”, validado e traduzido para o português por Stewart *et al.* (2017) (ANEXO A).

A versão curta do questionário contempla nove perguntas graduadas em escala de Likert com quatro dimensões de respostas, podendo ser Completamente/Muito satisfeito/Muito bem; Satisfeito/Bastante/bem/A maior parte; Pouco satisfeito/Um pouco/Mais ou menos; Nem um pouco/Não discutimos isso/Insatisfeito.

Quanto ao caráter das perguntas, infere-se que as questões 1 e 3 exploram o primeiro componente, enquanto a questão 9, o segundo. Já as questões 2,4-8 exploram o terceiro componente.

Também foram coletadas informações quanto ao sexo, e a afirmação se conhece o MCCP, podendo responder entre as opções sim, não ou já ouvi falar.

O questionário foi transcrito e disponibilizado eletronicamente, mediante formulário elaborado na plataforma *Google Forms*®, respeitando o isolamento da pandemia COVID-19.

2.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados específico criado no programa *Microsoft Excel*®, versão 2018. Para avaliar possíveis associações entre as variáveis, foram utilizados testes de Qui-quadrado, de acordo com o comportamento dos dados.

Os dados tiveram suas análises descritivas e inferenciais realizadas através do *software IBM® Statistical Package For Social Sciences (SPSS)*, na versão 21.0 para *Windows®*, a 5% de significância.

2.7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Pode-se reconhecer limitações desse estudo. Este é um estudo transversal, sujeito, assim, às limitações do próprio tipo de estudo. O instrumento PPCC utilizado apresenta limitações, principalmente quanto ao componente 2 do MCCP, pois avalia a pessoa como um todo com apenas uma questão geral.

Respeitando a pandemia, a aplicação do questionário se deu de forma remota com os acadêmicos de medicina após estágio na AB, assim como não foi possível aplicar o questionário destinados aos pacientes atendidos por eles para avaliar o grau de satisfação com a consulta médica. Não foram encontrados estudos recentes para comparação com os resultados dessa pesquisa, principalmente no que concerne ao MCCP praticados por alunos médicos no internato em AB após as novas DCN de 2014.

3 RESULTADOS

A Universidade Federal do Maranhão - campus Imperatriz possuía, no momento da pesquisa, 64 acadêmicos de medicina regularmente matriculados no ciclo internato que frequentavam a atenção primária.

No que concerne ao conhecimento do MCCP, apenas 2 (3,12%) o desconheciam por completo, 8 (12,5%) já ouviram falar e 54 (84,38%) o conheciam.

A tabela 01 evidencia a distribuição das respostas dos internos de acordo com os componentes do questionário.

Tabela 01: Quantidade das respostas dos internos de acordo com os componentes do questionário distribuídas nas 9 questões.

Componentes	Nº da questão	Perguntas	Gradações Likert do questionário				Não respondido
			Completamente/Muito satisfeito/Muito bem	Satisfeito/Bastante/bem/ A maior parte	Pouco satisfeito/Um pouco/Mais ou menos	Nem um pouco/ Não discutimos isso/ Insatisfeito	
1	1	Até que ponto o problema principal da pessoa atendida foi discutido hoje?	11	41	12	0	0
3	2	Qual a sua satisfação quanto à discussão sobre o problema da pessoa?	12	40	11	0	1
1	3	Até que ponto você escutou o que a pessoa tinha a lhe dizer?	25	36	3	0	0
3	4	Como você explicou o problema à pessoa?	27	31	6	0	0
	5	Até que ponto você e a pessoa discutiram o papel de cada um? (Quem é responsável por tomar decisões e quem é responsável por quais aspectos do cuidado?)	9	27	22	6	0
	6	Como você explicou o tratamento para a pessoa?	38	26	0	0	0
	7	Você e a pessoa avaliaram se esse tratamento seria possível de ser realizado por ela? Discutimos isso...	19	24	18	3	0
	8	Você acha que entendeu a pessoa bem hoje?	20	39	5	0	0

2	9	Até que ponto você discutiu questões pessoais ou familiares que podem afetar a saúde da pessoa?	5	22	35	2	0
---	---	---	---	----	----	---	---

Fonte: elaboração própria.

Quando realizado a numerificação de cada uma das nove respostas do questionário, conforme as graduações Likert, temos que a opção “Completamente/Muito satisfeito/Muito bem” corresponde a 1; “Satisfeito/Bastante/Bem/A maior parte” corresponde a 2; “Pouco satisfeito/Um pouco/Mais ou menos” a 3 e “Nem um pouco/Não discutimos isso/Insatisfeito” corresponde a 4.

Nesse sentido, a média e desvio padrão são referentes a essa graduação em números das respostas do questionário, como demonstra a tabela 02.

Tabela 02: Escores médios \pm desvios-padrão do MCCP de acordo com os componentes do questionário distribuídas nas 9 questões.

Componentes	N.º da questão	Graduações Likert do questionário				Média e desvio padrão	
		Completamente/Muito satisfeito/Muito bem	Satisfeito/Bastante/bem/A maior parte	Pouco satisfeito/Um pouco/Mais ou menos	Nem um pouco/Não discutimos isso/Insatisfeito		
Componente 1	1	1	2	3	4	2,02 \pm 0,60	1,84 \pm 0,61
	3	1	2	3	4	1,66 \pm 0,57	
Componente 2	9	1	2	3	4	2,53 \pm 0,69	
Componente 3	2	1	2	3	4	1,98 \pm 0,61	1,88 \pm 0,75
	4	1	2	3	4	1,67 \pm 0,64	
	5	1	2	3	4	2,39 \pm 0,85	
	6	1	2	3	4	1,41 \pm 0,50	
	7	1	2	3	4	2,08 \pm 0,88	

	8	1	2	3	4	1,77 ± 0,58	
Total		9	18	27	36		1,94 ± 0,75

Fonte: elaboração própria.

Quanto ao sexo dos internos, 36 (56,25%) são do sexo masculino. A tabela 03 evidencia a quantidade das respostas dos estudantes quando comparados os componentes que caracterizam as perguntas com o sexo.

Tabela 03: Score da quantidade das respostas dos estudantes quando comparados os componentes com o sexo.

Componentes	Graduações Likert do questionário	♀	♂	<i>p-valor*</i>
Componente 1	Completamente/Muito satisfeito/Muito bem ou Satisfeito/Bastante/Bem/A maior parte	23	27	0,493
	Pouco satisfeito/Um pouco/Mais ou menos ou Nem um pouco/Não discutimos isso/Insatisfeito	5	9	
Componente 2	Completamente/Muito satisfeito/Muito bem ou Satisfeito/Bastante/Bem/A maior parte	12	15	0,924
	Pouco satisfeito/Um pouco/Mais ou menos ou Nem um pouco/Não discutimos isso/Insatisfeito	16	21	
Componente 3	Completamente/Muito satisfeito/Muito bem ou Satisfeito/Bastante/Bem/A maior parte	18	24	0,842
	Pouco satisfeito/Um pouco/Mais ou menos ou Nem um pouco/Não discutimos isso/Insatisfeito	10	12	
Total	Completamente/Muito satisfeito/Muito bem ou Satisfeito/Bastante/Bem/A maior parte	17	19	0,525
	Pouco satisfeito/Um pouco/Mais ou menos ou Nem um pouco/Não discutimos isso/Insatisfeito	11	17	

Fonte: elaboração própria. NOTA: *p-valor** de Qui-quadrado

4 DISCUSSÃO

Apenas conhecer o M CCP não é suficiente para aplicá-lo (VIJN *et al.*, 2018). O componente 2, que explora a pessoa em sua totalidade, teve o pior desempenho, se contrapondo aos demais componentes e ao desempenho geral.

Isso se deve, talvez, pela própria complexidade do componente 2. Entender a pessoa como um todo exige a articulação de várias ferramentas e habilidades do graduando, sobretudo, para almejar a prevenção de doenças da pessoa, para a pessoa, pela pessoa e com a pessoa. (MEZZICH *et al.*, 2016a; 2016b).

Essas ferramentas e habilidades estão presentes em todos os componentes, se articulando entre eles. Uma delas é o empoderamento do paciente, reconhecendo a pessoa como especialista em sua própria situação de vida no contexto da família e da comunidade. A medicina centrada na pessoa melhora significativamente quando o paciente cumpre seus direitos e responsabilidades, compreende seu estado de saúde e sabe como gerenciar sua condição e estilo de vida. (VIJN *et al.*, 2018).

O empoderamento como conceito atitudinal é uma ferramenta eficaz para reforçar os pontos fortes e esquecidos durante a consulta médica. (MEZZICH *et al.*, 2016c).

Outra ferramenta é a relação médico-paciente. Esta deve começar desde o primeiro encontro. Apesar da comunicação centrada no paciente por si só não melhorar a resposta de saúde e seu comportamento (HASHIM, 2017), uma comunicação empática, com diagnóstico abrangente, técnicas amplas de tratamento e parceria terapêutica fomentam a base fundamental no combate às abordagens estreitas e reducionistas, comumente presentes nesse primeiro contato. (MEZZICH *et al.*, 2016a; CLONINGER e CLONINGER, 2011).

Nesse processo, porém, um dos grandes desafios é o tempo do atendimento médico. Apesar de não existir um tempo mínimo ideal para o atendimento médico, altas demandas induz o profissional a realizar consultas mais curtas, que são, muitas vezes, insuficientes. (IRVING *et al.*, 2017).

O menor tempo médio no atendimento médico na atenção primária é na China, com pouco mais de 2 minutos por consulta. No Brasil, a média no atendimento médico na atenção básica são, em média, 6 minutos e 11 segundos. Suíça tem consultas médicas na AB com maior tempo médio em 21 minutos e 15 segundos. Porém, consultas prolongadas não são garantia de bom atendimento, competindo ao médico estabelecer o tempo necessário para uma anamnese de qualidade. (IRVING *et al.*, 2017).

Na prática, médicos tendem a interromper o paciente 16 segundos após lançar a pergunta. Deixar o paciente falar ininterruptamente pode levar, em média, apenas mais 6 segundos do que redirecioná-los, o que reduziria, ainda, preocupações surgidas tardiamente. (HASHIM, 2017).

Uma das estratégias de estudo norte americano para amenizar o tempo-demanda e melhorar o empoderamento do paciente foi a implementação de registros médico eletrônicos preenchidos pelos próprios pacientes durante a espera da consulta, dizendo sua queixa principal, sinais e sintomas e o que espera da consulta, evitando o “Ah, por falar nisso”. Os resultados foram satisfatórios para a maioria dos médicos e pacientes, mas carece de mais estudos qualitativos, principalmente no que concerne a pacientes analfabetos e os que não se sentem confortáveis com o computador. (MCHALE *et al.*, 2017).

Apesar das dificuldades, a informatização nas consultas médicas parece ser o futuro. No Brasil, o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) foi implementado por meio da Portaria n.º 1.412/13, operacionalizado por meio da estratégia do Departamento de Atenção Básica (DAB/MS) e denominado e-SUS AB, que reúne os registros dos procedimentos e consultas da atenção básica nos municípios brasileiros. (BRASIL, 2013).

Sua implementação não é unânime (THUM, BALDISSEROTTO, CELESTE, 2019), mas está evoluindo no território nacional, sendo o gestor o principal mobilizador desse processo (GONTIJO *et al.*, 2021). Um estudo nacional não evidenciou aumento do registro de procedimentos ou consultas com a informatização por cada município na atenção básica, porém pode ter melhorado a qualidade da consulta médica, o que carece de estudos confirmatórios. (THUM, BALDISSEROTTO, CELESTE, 2019).

Outra maneira de amenizar o problema demanda-tempo, aumentar o empoderamento do paciente e potencializar o tempo das consultas médicas com abordagem centrada na pessoa é o compartilhamento interdisciplinar. Ele é necessário para o estabelecimento de diálogo contínuo de alta qualidade, respeito mútuo, confiança e participação ativa de todos os membros. (MEZZICH *et al.*, 2014).

O SUS integra equipes interdisciplinares como estratégias na AB. A mais importante é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que faz visitas domiciliares. É composta por médico generalista ou especialista em família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS's), além de outros profissionais facultativos que podem compor a equipe. (BRASIL, 2017).

Os resultados da interdisciplinaridade incluem identidade de grupo fortalecido, melhor estado mental, redução de status hierárquico, maiores respostas às demandas de trabalho, maior satisfação das atividades e longevidade da equipe e usuário. Há diminuição da readmissão, sobrevida para alta, menos efeitos adversos, menores taxas de mortalidade após cirurgia e menor tempo de internação. (MEZZICH *et al*, 2014).

As profissões da saúde mais envolvidas na interdisciplinaridade são enfermagem, serviço social e farmácia. Na medicina, as especialidades que parecem mais proeminentemente enredadas nessa ferramenta são pediatria, clínica médica, geriatria, psiquiatria e medicina de família e comunidade (MFC), sendo a última a especialidade médica de maior abordagem centrada na pessoa. (APPLEYARD e RAWAF, 2015; MEZZICH e SALLOUM, 2015).

Dessas especialidades, exceto a psiquiatria, as mulheres são predominantes (REVISAMED, 2017). Nesse sentido, este estudo verificou se as internas tinham maior abordagem de MCCP que os internos. Não houve relevância estatística quando separado por sexo no componente 1 ($p=0,493$), componente 2 ($p=0,924$) ou componente 3 ($p=0,842$). Mesmos resultados são visualizados considerando todos os componentes ($p=0,525$). Como visto, o sexo feminino não influenciou no MCCP na atenção primária à saúde durante o internato nessa população. Entretanto, a metodologia de formação dos estudantes é citada como modificador. (MEZZICH *et al.*, 2014).

Vários estudos revelaram que o foco excessivo na educação hospitalar segregada pretere uma formação fundamentada em habilidades de liderança e trabalho em equipe (GONZALO *et al.*, 2018). Deste modo, há exigências de mudanças nos paradigmas educacionais atuais (MEZZICH *et al.*, 2014). Metodologias ativas de ensino parecem ser melhores para desenvolver um profissional completo com conhecimentos, habilidades e atitudes assertivas. (VAN WEEL-BAUMGARTEN e BROUWERS, 2011).

Essas melhorias parecem ser devido à abordagem dos alunos em pequenos grupos ativos, que, além de permitir práticas repetidas depois de se observar e/ou receber *feedback* eficaz de outras pessoas (VAN WEEL-BAUMGARTEN e BROUWERS, 2011), se preocupam com a experiência além do consultório médico-paciente ou da sala de aula à beira leito. (GONZALO *et al.*, 2018).

Também abordam a saúde como sistema de ciências da saúde (GONZALO *et al.*, 2018). As metodologias ativas de ensino, que imergem os estudantes

precocemente na prática do sistema de saúde onde irão atuar, permitem que os acadêmicos conheçam as demandas presentes e futuras dos pacientes com suas fragilidades postas pelo sistema de saúde, integrando o acadêmico aos determinantes sociais e de gestão em saúde. (GONZALO *et al.*, 2018; FRÖBERG *et al.*, 2018).

Segundo a PNAB, o mínimo de 80% das demandas da comunidade pode ser resolvido na AB (BRASIL, 2017). Pensando nisso, a nova DCN/2014 fomenta que a aprendizagem dos discentes deve ser ampliada na AB com mínimo de 30% da carga do internato para a AB e Serviços de Urgência e Emergência do SUS. (BRASIL, 2014).

Outra ferramenta crucial é o reconhecimento cultural-ético-racial. É impreterível reconhecer que a cultura não é simplesmente uma questão de fatores sociais, valores ou crenças discretas. Todavia, estrutura a matriz de significado, discurso e práticas. (HALL *et al.*, 2015).

Em 2011, Staden reforça que no domínio da ética, o respeito à diversidade está intrinsecamente relacionado aos valores, os quais podem ser culturais, étnicos, espirituais, religiosos, sociais, pessoais, institucionais, organizacionais, prescritivos, normativos, legais, científicos e estéticos, também valores de certo e errado, bom/melhor, mal/pior etc. (HALL *et al.*, 2015; STADEN, 2011).

Não é somente os aspectos positivos da ética que devem ser almejados. Os princípios éticos negativos também devem ser combatidos. As atitudes tendem a ser mais negativas à medida que se progride na medicina. Estudantes possuem atitudes mais positivas que residentes, demonstrando a erosão ética que os acadêmicos enfrentam do currículo oculto de atitudes e comportamentos dos mais experientes. (HALL *et al.*, 2015).

É evidente que pacientes não são tratados da mesma maneira no sistema de saúde. Idosos, pacientes com baixo nível de alfabetização, obesos e pessoas portadoras de transtornos por substâncias recebem menor qualidade no atendimento médico. É mais evidente quando há identidade étnica diferente, pois esses recebem menor qualidade no atendimento médico, independentemente de sua renda. (HALL *et al.*, 2015).

Em contrapartida, médicos negros ou afrodescendentes são os que demonstraram melhores atitudes no atendimento (HALL *et al.*, 2015). Portanto, deve-se levar em consideração a consciência da diversidade cultural-ético-racial para explicações sobre saúde-doença, diagnóstico e tratamentos adequados a cada paciente, assim como a consciência dos médicos envolvidos em suas próprias identidades. (MEZZICH *et al.*, 2016d).

Prevendo as diversidades cultural-ético-raciais no país, o Ministério da Saúde (MS) criou diversas políticas de saúde no SUS para públicos específicos, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, do Homem, do Idoso (PNSPI), da população LGBTQI+, do Índio, da população Negra, das Pessoas com Doenças Raras etc. (BRASIL, 2017).

Essas políticas e programas específicos são importantes para tratar desigualmente os desiguais, e assim, garantir a equidade (CARVALHO, SILVA, RABELLO, 2020). Por exemplo, mulheres negras grávidas possuem mais risco de um pré-natal inadequado, muitas vezes, resultando em práticas baseadas no preconceito racial e/ou institucional (CURI, RIBEIRO, MARRA, 2020), como menor sedação para episiotomia, por serem mais fortes e resistentes à dor. (LEAL et al., 2017).

Desse modo, a abordagem do MCCP é complexa por considerar aspectos objetivos e subjetivos (MEZZICH et al, 2016b), exigindo dos estudantes e dos profissionais médicos habilidades, atitudes e conhecimentos solidificados para maior satisfação do paciente nas consultas médicas. (MEZZICH et al., 2017b; MEZZICH e APPLEYAR, 2014).

E de fato, Castro e Knauth (2021) demonstraram recentemente no Brasil que existe associação positiva entre o grau de orientação ao MCCP, vivenciado pela pessoa na consulta, e o grau de satisfação dessa em atendimentos na AB no SUS. Isso também se sustenta para pacientes com hipertensão e/ou diabetes, conferindo maior grau de satisfação quanto maior for a orientação ao MCCP.

5 CONCLUSÕES

Os estudos na área de MCCP são limitados no Brasil e no mundo. Há poucos estudos para comparação, especialmente da aplicação do método por estudantes, que precisa desenvolver ferramentas de conhecimento, habilidades e atitudes para aplicar cada componente com êxito, independentemente do sexo.

Nesse sentido, é fundamental que estudos nessa linha de pesquisa se desenvolva no país, incluindo a avaliação dos percalços e potencialidades no entendimento e aplicação de cada ferramenta do MCCP durante os ciclos da graduação, internato, residências e atuação dos profissionais.

6 REFERÊNCIAS

APPLEYARD, J. W; RAWAF, S. Person Centered Medicine, Primary Care, and Public Health. **The International Journal of Person Centered Medicine**. v. 5, n. 3, p. 41-49, 2015.

BARBOZA, N.A.S; RÉGO, T.D.M; BARROS, T.M.R.R.P. A história do SUS no Brasil e a política de saúde. **Brazilian Journal of Development**. v. 6, n. 11, p. 84966-85, 2020.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 1-5, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasil, 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.459, DE 4 DE JUNHO DE 2011. Aprova no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**. Brasil, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.600, DE 7 DE JULHO DE 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n.º 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Psicossocial. **Diário Oficial da União**. Brasil, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n.º 793, DE 24 DE ABRIL DE 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasil, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 1.412, DE 10 DE JULHO DE 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). **Diário Oficial da União**, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n.º 483, DE 1 DE ABRIL DE 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. **Diário Oficial da União**. Brasil, 2014.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a **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, DF: Ministério da Saúde, 2017.

CARVALHO, L.R.O; RODRIGUES, H.S.M.C; ROSA, C.D.P. Marcos históricos que permeiam a saúde pública brasileira: perspectiva de 1950 até 2019. **Revista de Educação em saúde**. v. 8, n. 1, p. 161-177, 2020.

CARVALHO, A.M.P; SILVA, G.A; RABELLO, E.T. A equidade no trabalho cotidiano do SUS: representações sociais de profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Cadernos Saúde Coletiva** [online]. v. 28, n. 4, 2020.

CASTRO, R.C.L; KNAUTH, D.R. Associação entre a abordagem médica centrada na pessoa e a satisfação com a consulta em atenção primária à saúde. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**. v. 16, n. 42, p. 2702, 2021.

CHRISTODOULOU, G.N. et al. Promoting healthy lives and well-being for all: The contribution of the International College of Person-Centered Medicine (ICPCM). **Psychiatriki**. v. 29, n. 1, p. 52-57, 2018.

CLONINGER, C. R; CLONINGER, K.N. Person-centered Therapeutics. **The International Journal of Person Centered Medicine**. v. 1, n. 1, p. 43-52, 2011.

CURI, P.L; RIBEIRO, M.T.A; MARRA, C.B. A violência obstétrica praticada contra mulheres negras no SUS. **Arq. bras. psicol.**, v. 72, n. spe, p. 156-169, 2020.

FRÖBERG, M. *et al.* Experiences of a student-run clinic in primary care: a mixed-method study with students, patients and supervisors. **Scand J Prim Health Care**. v. 36, n. 1, p. 36-46, 2018.

GONTIJO, T.L. *et al.* Informatização da atenção primária à saúde: o gestor como agente de mudança. **Rev. Bras. Enfermagem**. v. 74, n. 2, p. 1-6, 2021.

GONZALO, J.D. *et al.* Educating patient-centered, systems-aware physicians: a qualitative analysis of medical student perceptions of value-added clinical systems learning roles. **BMC Med Educ**. v. 1, n. 18, p. 1-7, 2018.

HALL, W.J. *et al.* Implicit Racial/Ethnic Bias Among Health Care Professionals and Its Influence on Health Care Outcomes: A Systematic Review. **Am J Public Health**. v. 105, n. 12, p. e60-76, 2015.

HASHIM, M.J. Patient-Centered Communication: Basic Skills. **Am Fam Physician**. v. 1, n. 95, p. 29-34, 2017. PMID: 28075109.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019. **Resultado dos Dados Preliminares do Censo – 2010**. www.ibge.gov.br/cidade@

IRVING, G. *et al.* International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. **BMJ Open**. V. 7, n. e017902, p. 1-15, 2017.

LEAL, M.C. *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cad. Saúde Pública** 2017; 33 Sup 1:e00078816, 2017.

MACHADO, C.V; SILVA, G.A.E. Political struggles for a universal health system in Brazil: successes and limits in the reduction of inequalities. **Global Health**. v. 28, n. 15, p. 1-17, 2019.

MACKHALE, O. A. *et al.* Patients Typing Their Own Visit Agendas Into an Electronic Medical Record: Pilot in a Safety-Net Clinic. **Annals Of Family Medicine**. v. 15, n. 2, p. 158-161, 2017.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MEZZICH, J. E. Building Person-centered Medicine through Dialogue and Partnerships: Perspective from the International Network for Person-centered Medicine. **The International Journal of Person Centered Medicine**. v. 1, n. 1, p. 10-13, 2011.

MEZZICH, J. E; APPLEYARD, J. W. Integration as a Key Strategy for Achieving Person and People Centered Care. **The International Journal of Person Centered Medicine**. v. 4, n. 2, p. 63-65, 2014.

MEZZICH, J. E; APPLEYARD, J. W; GHEBREHIWET, T. Interdisciplinary Collaboration and the Construction of Person Centered Medicine. **The International Journal of Person Centered Medicine**. v. 4, n. 3, p. 149-155, 2014.

MEZZICH, J. E; SALLOUM, I. M. Person Centered Medicine: Core and Diversity. **The International Journal of Person Centered Medicine**. v. 5, n. 4, p. 159-163, 2015.

MEZZICH, J. E; BOTBOL, M; SALLOUM, I. M. The Role of Culture and Experience in Person Centered Medicine. **The International Journal of Person Centered Medicine**. v. 6, n. 3, p. 139-145, 2016.

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

MEZZICH, J. E. *et al.* Conceptualization and Metrics in Person Centered Medicine **The International Journal of Person Centered Medicine**. v. 6, n. 4, p. 213-218, 2016.

MEZZICH, J. E; APPLEYARD, J. W; CLUZET, O. Humanism and the Humanities in Person Centered Medicine. **The International Journal of Person Centered Medicine**. v. 7, n. 3, p. 1-4, 2017.

NAKAYASU. A. Work-life balance of young physicians in Japan. **The International Journal of Person Centered Medicine**. v. 9, n. 2, p. 48-56, 2019.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018.

REVISAMED. **Dia da Mulher: cresce participação da mulher na Medicina**. [publicação online]; 2017 acesso em 05 de junho de 2021. Disponível em <https://www.revisamed.com.br/voce-na-residencia-medica/noticias/mulheres-medicas-revisamed/>

SALES, O.P. *et al.* O sistema único de saúde: desafios, avanços e debates em 30 anos de história. **Revista Humanidades e Inovação**. v. 6, n. 17, p. 54-65, 2019.

STADEN, W. V. African approaches to an enriched ethics of person-centred health practice. **The International Journal of Person Centered Medicine**. v. 1, n. 1, p. 14-17, 2011.

STEWART, M. *et al.* **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

THUM, M. A; BALDISSEROTTO, J; CELESTE, R.K. Utilização do e-SUS AB e fatores associados ao registro de procedimentos e consultas da atenção básica nos municípios brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v. 35, n. 2, 2019.

VAN WEEL BAUMGARTEN, E.M; BROUWERS, M.H. Best Evidence Teaching of Person-centred Basic Communication Skills: a reflection. **The International Journal of Person Centered Medicine**. v. 1, n. 1, p. 35-38, 2011.

VIJN, T.W. *et al.* Building a patient-centered and interprofessional training program with patients, students and care professionals: study protocol of a participatory design and evaluation study. **BMC Health Serv Res**. v. 30, n. 18, p. 1-13, 2018.

World Health Organization. **First International Conference on Health Promotion**. Ottawa; 1986. [citado em 2016 jul. 25]. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

World Health Organization. **Constitution of the World Health Organization**. Basic Documents. 45^a ed. Genebra; 2006. [citado em 2016 jul. 26]. Disponível em: <http://www.who.int/governance/eb/whoconstitutionen.pdf>.

7 GLOSSÁRIO

AYURVEDA: É um sistema de medicina alternativa desenvolvido na Índia há cerca de 7.000 anos, o que a torna um dos mais antigos sistemas medicinais do mundo.

ÉTICA NICOMACHEIA: É a principal obra sobre ética de Aristóteles, no qual integra a medicina em uma área de fronteira entre as virtudes da arte (*techné*), do conhecimento científico (*episteme*) e da sabedoria prática (*fronésis*).

IMPÉRIO MACEDÔNICO: Império existente entre 359 a.C. e 323 a.C. Contribuiu para difusão da cultura grega no oriente.

INTERNOS: Estudantes de medicina que estão cursando os dois últimos anos do curso de medicina, ou seja, 9º - 12º período.

MEDICINA CHINESA: É considerada uma das mais antigas medicinas do oriente, praticadas, majoritariamente, na China. A fim de estudos, incorpora demais medicinas asiáticas.

MEDICINA GREGA: Medicina praticada na Grécia. Associava as doenças aos aspectos físicos, espirituais, localização geográfica, classe social, dieta, trauma, crenças e mentalidade.

RES COGITANS: Para Descartes, envolve o espírito. A coisa pensante.

RES EXTENSA: Para Descartes, envolve o corpo físico, a própria matéria finita, dependente e imperfeita.

UBUNTU: Originária do continente Africano. Pode ser entendida como condição da existência de alguém conectada ao outro. Seus pilares é uma sociedade respeitosa e solidária.

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: AUTOAVALIAÇÃO SOBRE CUIDADO CENTRADO NA PESSOA NO INTERNATO DE MEDICINA DA FAMÍLIA EM CIDADE DE REFERÊNCIA LOCORREGIONAL, coordenado pelo professor orientador MSc. Willian da Silva Lopes, (telefone: (99) 9 98111-0024, e-mail: willdsilopes@hotmail.com) e o pesquisador Adriano Stênio Genaro (telefone: (99) 99197-2429, e-mail: adriano.genaro@discente.ufma.br), ambos podem ser localizados para maiores esclarecimentos, na Universidade Federal do Maranhão – UFMA.

A JUSTIFICATIVA, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS: A Medicina Centrada na Pessoa (MCP) não aborda somente a individualização do cuidado e o respeito ao paciente, mas aspira elementos de subjetividade individual do período específico. Esse trabalho justifica-se por aperfeiçoar o atendimento médico individual nos conceitos de medicina centrada na pessoa em unidade básica de saúde de Imperatriz, projetando melhorias coletivas de profusas debilidades.

O objetivo desse projeto é ANALISAR A AUTOAVALIAÇÃO SOBRE CUIDADO CENTRADO NA PESSOA NO INTERNATO DE MEDICINA DA FAMÍLIA EM CIDADE DE REFERÊNCIA LOCORREGIONAL.

Os dados serão obtidos por adaptação do questionário, contemplando 9 perguntas, graduado em 4 instâncias de respostas, os quais quantificar-se-ão a autoavaliação do interno frente as perguntas que envolvem a medicina centrada na pessoa no atendimento médico que atendera.

DESCONFORTOS E RISCOS E BENEFÍCIOS: Você participante pode sentir algum desconforto para preenchimento do questionário para obtenção de dados. Fica assegurado que pode desistir assim que achar necessário, independente do motivo. Dos benefícios: As informações dadas por você irão ajudar novos estudos, conhecimentos sobre o assunto da pesquisa e proporcionará a você oportunidade de conhecer mais sobre o atendimento na unidade básica e se tornar ativo durante as consultas com o médico, podendo negociar seu tratamento e cuidados.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: Terão todo apoio das unidades básicas de saúde da cidade, onde será realizada toda a pesquisa, assim como apoio e encaminhamento para demais setores públicos, se necessário.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

O(s) pesquisador(es) irá(ão) tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada no Curso de Medicina do CCSST da Universidade Federal do Maranhão - UFMA e a outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO**

Eu, _____, portador (a) do CPF: _____ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. O professor orientador MSc. WILLIAN DA SILVA LOPES e o aluno de medicina ADRIANO STÊNIO GENARO responsáveis pela pesquisa, certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Em caso de dúvidas poderei chamar o estudante ADRIANO STÊNIO GENARO no telefone (99) 9 9197-2429 e/ou e-mail: adriano.genaro@discente.ufma.br ou o professor orientador MSc. WILLIAN DA SILVA LOPES no telefone (99) 9 98111-0024 e/ou e-mail willdsilopes@hotmail.com ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão - UFMA situado à Avenida dos Portugueses s/n, Campus Universitário do Bacanga, Prédio do CEB Velho, PPPG, Bloco C Sala 07. E-mail para correspondência cepufma@ufma.br, telefone (98) 3272-8708.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Imperatriz, _____ de _____ de 202____

Nome	Assinatura do Participante	Data
------	----------------------------	------

Nome	Assinatura do Pesquisador	Data
------	---------------------------	------

Nome	Assinatura da Testemunha	Data
------	--------------------------	------

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO**

Eu, _____, portador (a) do CPF: _____ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. O professor orientador MSc. WILLIAN DA SILVA LOPES e o aluno de medicina ADRIANO STÊNIO GENARO responsáveis pela pesquisa, certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Em caso de dúvidas poderei chamar o estudante ADRIANO STÊNIO GENARO no telefone (99) 9 9197-2429 e/ou e-mail: adriano.genaro@discente.ufma.br ou o professor orientador MSc. WILLIAN DA SILVA LOPES no telefone (99) 9 98111-0024 e/ou e-mail willdsilopes@hotmail.com ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão - UFMA situado à Avenida dos Portugueses s/n, Campus Universitário do Bacanga, Prédio do CEB Velho, PPPG, Bloco C Sala 07. E-mail para correspondência cepufma@ufma.br, telefone (98) 3272-8708.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Imperatriz, _____ de _____ de 202____

Nome	Assinatura do Participante	Data
------	----------------------------	------

Nome	Assinatura do Pesquisador	Data
------	---------------------------	------

Nome	Assinatura da Testemunha	Data
------	--------------------------	------

ANEXO A: Instrumento de Coleta de dados

UBS: _____	Conhece o método clínico centrado na pessoa?		Sexo:	
	() Sim		() masculino	
	() Não		() feminino	
	() Já ouvi falar			
AUTOAVALIAÇÃO E AVALIAÇÃO DA COMUNICAÇÃO COM AS PESSOAS – AVALIAÇÃO TA PELO ESPECIALISTA				
Por favor, marque <input checked="" type="checkbox"/> a alternativa que melhor representa sua resposta.				
1. Até que ponto o problema principal da pessoa atendida foi discutido hoje?	<input type="checkbox"/> Completamente	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Nem um pouco
2. Qual sua satisfação quanto à discussão sobre o problema da pessoa?	<input type="checkbox"/> Muito Satisfeito	<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Pouco satisfeito	<input type="checkbox"/> Insatisfeito
3. Até que ponto você escutou o que a pessoa tinha a lhe dizer?	<input type="checkbox"/> Completamente	<input type="checkbox"/> A maior parte	<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Nem um pouco
4. Como você explicou o problema à pessoa?	<input type="checkbox"/> Completamente	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Nem um pouco
5. Até que ponto você e a pessoa discutiram o papel de cada um? (Quem é responsável por tomar decisões e quem é responsável por quais aspectos do cuidado?)	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Não discutimos isso
6. Como você explicou o tratamento para a pessoa?	<input type="checkbox"/> Muito bem	<input type="checkbox"/> Bem	<input type="checkbox"/> Mais ou menos	<input type="checkbox"/> Nem um pouco
7. Você e a pessoa avaliaram se esse tratamento seria possível de ser realizado por ela? Discutimos isso...	<input type="checkbox"/> Completamente	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Nem um pouco
8. Você acha que entendeu a pessoa bem hoje?	<input type="checkbox"/> Muito bem	<input type="checkbox"/> Bem	<input type="checkbox"/> Mais ou menos	<input type="checkbox"/> Nem um pouco
9. Até que ponto você discutiu questões pessoais ou familiares que podem afetar a saúde da pessoa?	<input type="checkbox"/> Completamente	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Nem um pouco

ANEXO B: Autorização do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO - UFMA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DO CUIDADO CENTRADO NA PESSOA: AVALIAÇÃO DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA ATENÇÃO BÁSICA.

Pesquisador: WILLIAN DA SILVA LOPES

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 27656819.0.0000.5087

Instituição Proponente: Universidade Federal do Maranhão

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.344.296

Apresentação do Projeto:

A abordagem clínica centrada na pessoa utiliza as habilidades de comunicação para o estabelecimento do vínculo necessário para o desenvolvimento da integralidade da atenção (CERON, 2013). As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina (2014) aponta que o aluno deve concretizar na atenção à saúde o Cuidado Centrado na Pessoa (CCP). Assim, deve utilizar a comunicação como aspecto a ser alcançado na atenção à saúde, condizente com o contexto e situação encontrados. Sendo a Atenção Básica (AB) a porta de entrada ao sistema, e as habilidades de comunicação os meios pelo qual é possível se estabelecer assistência centrada na pessoa, avaliar as habilidades comunicacionais dos estudantes de medicina ao relacionar-se com usuários da rede, elo da Integração Ensino Serviço (IES), faz com que se ampliem processos avaliativos em saúde para incluir o impacto das atividades de ensino na assistência da AB. Assim, este projeto tem o objetivo de avaliar a integração ensino-serviço na atenção básica a partir da Percepção do Cuidado Centrado na Pessoa (PCCP). Trata-se de uma pesquisa avaliativa, de abordagem qualitativa e quantitativa, utilizando questionário de PCCP, numa abordagem observacional, exploratória e transversal. O universo da pesquisa será composto por dois conjuntos de Unidades Básicas de Saúde: um que mantém convênio junto a Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e desenvolve atividades docente-assistenciais do internato médico e outro que não tenha. O instrumento de pesquisa foi elaborado a partir de aspectos de habilidades de comunicação médico-paciente, identificando a PCCP apresentado por Stewart et al (2017). Usa

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bacanga **CEP:** 65.080-905
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 4.344.296

escala de Likert com 4 respostas para cada pergunta feita, sendo os menores escores relacionados a medicina centrada na pessoa. O questionário também aborda três componentes do método centrado na pessoa: explorando a experiência da doença (itens 1 a 4), entendendo a pessoa como um todo (item 14) e elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas (itens 5 a 13). O estudo visa estabelecer se a presença de estudantes de medicina nos serviços de saúde da atenção básica melhoram a assistência à saúde através da melhoria das habilidades de comunicação com o usuário, estabelecendo-se vínculo, integralidade e o CCP.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a integração ensino-serviço na atenção básica na perspectiva dos usuários e dos profissionais de saúde, a partir da percepção do cuidado centrado na pessoa de acordo com a pessoa atendida.

Objetivo Secundário:

- Avaliar aspectos da medicina centrada na pessoa.
- Avaliar habilidades de comunicação desenvolvidas durante a integração ensino-serviço.
- Ressaltar a importância da percepção do cuidado centrado na pessoa como método nos processos avaliativos em saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

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

Benefícios:

Contribuir para melhoria na formação dos profissionais, da área de saúde, na Atenção Primária à Saúde, durante a graduação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa esta bem elaborada e com todos os elementos necessários ao seu pleno desenvolvimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatórios foram entregues e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bacanga CEP: 65.080-805
UF: MA Município: SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 Fax: (98)3272-8708 E-mail: cepufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 4.344.296

Recomendações:

Não existem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram acatadas e corrigidas pelo pesquisador e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1640536_E2.pdf	30/09/2020 17:25:50		Aceito
Outros	CARTA_DE_JUSTIFICATIVA.docx	14/06/2020 21:17:13	WILLIAN DA SILVA LOPES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	14/06/2020 21:17:00	WILLIAN DA SILVA LOPES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_Mestrado_emenda_final.docx	14/06/2020 21:16:41	WILLIAN DA SILVA LOPES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	04/02/2020 13:55:59	WILLIAN DA SILVA LOPES	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	04/02/2020 13:55:26	WILLIAN DA SILVA LOPES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_instituicao.doc	19/12/2019 06:54:34	WILLIAN DA SILVA LOPES	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	19/12/2019 06:53:44	WILLIAN DA SILVA LOPES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Continuação do Parecer: 4.344.296

SAO LUIS, 17 de Outubro de 2020

Assinado por:
FRANCISCO NAVARRO
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1906 CEB Velho
Bairro: Bacanga CEP: 65.080-805
UF: MA Município: SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 Fax: (98)3272-8708 E-mail: cepufma@ufma.br

ANEXO C – NORMAS REVISTA

1. Revista escolhida para a publicação e Qualis

- Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC)
- Qualis B2

2. Escopo e regras da revista escolhida

2.1 Foco e escopo

A Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC) tem como missão contribuir para o desenvolvimento acadêmico da atenção primária à saúde, com ênfase na medicina de família e comunidade.

A RBMFC publica artigos abordando adequadamente questões relevantes para o médico de família e comunidade, bem como para outros profissionais da atenção primária à saúde. Desde que atendam a esse foco, aceitam-se artigos de todo o [espectro da pesquisa em atenção primária](#): básica (desenvolvimento de ferramentas para pesquisa em atenção primária), clínica (visando informar a prática clínica), de serviços de saúde (visando qualificar a atenção à saúde), de sistemas de saúde (visando qualificar políticas e sistemas de saúde) e educacional (visando melhorar a educação na área). A RBMFC não aceita pesquisas envolvendo animais.

Além de publicar pesquisa, a RBMFC também propicia o intercâmbio entre profissionais da atenção primária à saúde, publicando seções como revisões clínicas, casos clínicos, relatos de experiência e perspectivas. Mais informações nas [Políticas de Seção](#).

A RBMFC considera para publicação artigos originais, que não estejam em avaliação por outros periódicos científicos – com a exceção da seção Artigos traduzidos, que só aceita artigos encomendados. Apresentações em congresso (sem revisão por pares) preprints e monografias (trabalhos de conclusão de curso, dissertações, teses) não são considerados publicação prévia.

2.2 DIRETRIZES PARA AUTORES

Antes mesmo de preparar o manuscrito, autores em potencial devem verificar se o trabalho atende ao foco e escopo, assim como às outras [políticas editoriais](#) da Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC). Essas políticas e estas instruções foram atualizadas pela última vez em 22 de maio de 2020.

A RBMFC não cobra taxas de publicação ou submissão, nem aceita publicidade; suas despesas são integralmente custeadas pela SBMFC.

A RBMFC é indexada pela [LILACS](#), [DOAJ](#), [REDIB](#), [Open Citations Index](#), [Dimensions](#), [Scite](#), [Google Scholar](#) (índice h5) e [PKP Index](#), além de ser listada nos diretórios [Latindex](#), [Diadorim](#), [Periódicos CAPES](#) e [ISSN Portal](#) (ROAD, The Keepers). Na avaliação do quadriênio 2013 a 2016, o sistema [Qualis CAPES](#) classificou a RBMFC como B3 nas áreas de avaliação Enfermagem e Serviço social; B4 em Saúde coletiva, Odontologia, Antropologia e Arqueologia e Interdisciplinar; e B5 em Medicina II.

Em 20189, a RBMFC publicou 10,8% das submissões recebidas, com um tempo médio da submissão à publicação foi de 120,4 dias.

Preparo do manuscrito

A RBMFC aceita manuscritos em português, espanhol ou inglês, nos formatos ODT, DOC ou DOCX. Para facilitar a revisão por pares, recomendamos que as linhas e páginas sejam numeradas. Sugerimos página em formato A4, com margens superior e inferior de 1,25 cm, esquerda de 3 cm e direita de 2 cm; parágrafos com entrelinhas de 1,5 linha; e fonte Arial, tamanho 12.

Os manuscritos devem ser preparados segundo as [recomendações do ICMJE](#). Devido à revisão por pares duplo-cega, a folha de rosto deve ser substituída por um documento suplementar chamado “**Declarações**”, contendo:

- **Colaboradores:** Informar de que forma cada autor ou colaborador atende aos [critérios de autoria](#). Por exemplo, “Concepção e/ou delineamento do estudo: FT, CS. Aquisição, análise ou interpretação dos dados: FT, BT, CS. Redação preliminar: FT. Revisão crítica da versão preliminar: BT, CS, José

Vitória. Todos os autores aprovaram a versão final e concordaram com prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho.” sendo FT, CS e BT os acrônimos do nome dos autores. Alternativamente, os autores e colaboradores poderão utilizar a [Taxonomia das Funções do Colaborador \(CRediT\)](#) para expressar a contribuição de cada autor ou colaborador.

- **Conflitos de interesse:** Para cada colaborador, informar quaisquer relações ou atividades que possam enviesar ou serem vistos como enviesando o trabalho, de acordo com a [política de conflitos de interesse](#).
- **Agradecimentos:** Outros agradecimentos devidos.

O **manuscrito** propriamente dito deve trazer os seguintes elementos:

- Título nos três idiomas. Não há um limite rígido para o tamanho do título, mas ele deve ser sucinto, chamativo e representativo do conteúdo do manuscrito.
- Título corrido no idioma do manuscrito, com menos de 40 caracteres (contando o espaço).
- Resumo e palavras-chave nos três idiomas. A [Política de Seção](#) especifica o tamanho, formato e conteúdo dos resumos. As palavras-chave devem ser entre 3 e 5, e devem necessariamente constar nos [Descritores em Ciências da Saúde \(DeCS\)](#). A ferramenta *MeSH on Demand* ajuda a escolher palavras-chave, embora não tenha palavras-chave existentes apenas nos DeCS. O corpo editorial da RBMFC se reserva o direito de ajustar as palavras-chave.
- O corpo do manuscrito deve ser redigido de forma clara e concisa, respeitando as [Políticas de Seção](#). O corpo do texto não deve repetir todos os dados contidos em tabelas e outras ilustrações, assim como gráficos não devem repetir dados contidos em tabelas ou vice-versa. Notas de rodapé são proibidas.
- O título das tabelas e figuras deve ser inserido ao longo do manuscrito principal, em seguida ao primeiro parágrafo citando a tabela ou figura. Tabelas e figuras de formato vetorial (gráficos, mapas etc.) devem ser inseridas junto ao título em seu formato original, e não como capturas de telas (“*prints*”). Figuras em formato raster (“*bitmap*”), como fotografias, devem ser anexadas como documentos suplementares, preferencialmente em formato TIFF com resolução de 300 dpi ou mais.

- Referências seguindo o estilo Vancouver, conforme os [exemplos nesta página](#) e os [detalhes neste livro eletrônico](#) da *National Library of Medicine* (EUA). O *digital object identifier* (DOI; exemplo: "https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1505") deverá ser listado ao fim de cada referência, quando disponível. O endereço na Internet (URL, de *uniform resource locator*) deve ser informado (conforme especificado no guia) para recursos eletrônicos que não tenham DOI, ISSN ou ISBN.

O manuscrito deve ser redigido de acordo com a política de [Dados Abertos e Reprodutibilidade](#) (recomendações da Rede EQUATOR, plano de compartilhamento de dados, citação de dados etc.).

Conforme descrito no editorial “Pesquisar para quê?”, manuscritos de pesquisa empírica deverão descrever se e de que forma pacientes e comunidade participaram do planejamento e/ou delineamento da pesquisa.

No caso de pesquisas com financiamento externo, os autores devem informar nos Métodos o papel do financiador no delineamento da pesquisa, na coleta e análise de dados, na decisão de publicar e na escolha da revista, conforme recomendado pelo [CSE](#) e pelo [ICMJE](#).

Abreviaturas e acrônimos devem ser restritos àqueles amplamente conhecidos; e devem ser expandidos em sua primeira ocorrência; e devem ser evitados nos títulos. Não é necessário nomear por extenso as abreviaturas do Sistema Internacional de Unidades e outras consagradas em outros sistemas técnicos, como *sp* ou *spp* na nomenclatura binomial das espécies. Unidades de medidas para exames de laboratório que não sigam o Sistema Internacional de Unidades devem vir acompanhadas da respectiva conversão; por exemplo, “uma glicemia de 126 mg/dL (7,0 mmol/L)”.

Tabelas (numéricas ou textuais) e figuras (gráficos, mapas, fotografias etc.) devem ser citadas no corpo do manuscrito (não no resumo), como em “Metade dos participantes eram do sexo feminino, e a idade média foi 42 anos (Tabela 1)”, ou “As características na amostra estão descritas na Tabela 1”. Tanto tabelas quanto figuras devem ser numeradas consecutivamente em algarismos arábicos, e ter títulos

autoexplicativos. Quaisquer abreviaturas ou acrônimos utilizados em tabelas ou figuras devem ser expandidos nos respectivos rodapé.

As referências devem ser citadas no corpo do manuscrito utilizando numeração consecutiva; por exemplo, “A atenção primária à saúde é fundamental para que os sistemas de saúde cumpram sua missão.¹ De acordo com Starfield,² a atenção primária é definida pela concomitância de quatro atributos fundamentais...”. Citações dentro de tabelas ou figuras devem seguir a ordem do texto anterior à ilustração.

O manuscrito principal deve omitir o nome e a afiliação institucional dos autores; essas informações serão preenchidas no formulário de submissão. Além disso, ao preparar o manuscrito principal os autores deve substituir por “XXXXXXXXXX” (sem aspas) quaisquer nomes próprios que possam identificar os autores ou suas afiliações institucionais, como a organização à qual pertence o comitê de ética ou o município onde foram coletados os dados. Após a aprovação, os autores serão lembrados de substituir os “XXXXXXXXXX” antes da editoração.

Desde janeiro de 2020, a RBMFC não aceita **material suplementar**. Instrumentos de pesquisa (por exemplo, questionários), bancos de dados e outros materiais suplementares deverão ser depositados em repositórios como [Zenodo](#), [OSF](#) ou [Figshare](#), e citados no manuscrito conforme descrito na política de [Dados Abertos e Reprodutibilidade](#).

Políticas de Seção

ARTIGOS DE PESQUISA

Esta seção inclui pesquisa original, ensaios e revisões. A pesquisa original pode usar métodos quantitativos, qualitativos ou mistos; os ensaios podem ser teóricos ou metodológicos; e as revisões podem ser sistemáticas, de escopo ou integrativas.

O resumo deve ter até 400 palavras, e ser estruturado em Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. O texto principal deve ser redigido de forma objetiva, com um tamanho recomendado de até 3,5 mil palavras, e ser estruturado em Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e (opcionalmente) Conclusão. A discussão deve contemplar as seguintes questões: (1) resumo dos principais achados; (2) fortalezas e limitações; (3) comparação com a literatura; e (4) implicações para

pesquisa e/ou prática profissional. A estrutura do resumo e do texto principal pode ser adaptada seguindo diretriz da *EQUATOR Network* (ver [Dados abertos e reprodutibilidade](#)) ou mediante justificativa, apresentada em comentário ao editor durante o preenchimento do formulário de submissão. Ensaios têm maior flexibilidade na estrutura do texto principal, mas devem trazer análises robustas e mensagens claras.

Manuscritos submetidos a esta seção devem atender às políticas sobre [Ética em pesquisa](#) e [Dados abertos e reprodutibilidade](#).

DECLARAÇÃO DE DIREITO AUTORAL

Ao submeterem um manuscrito à RBMFC, os autores mantêm a titularidade dos direitos autorais sobre o artigo, e autorizam a RBMFC a publicar esse manuscrito sob a [licença Creative Commons Atribuição 4.0](#) e identificar-se como veículo de sua publicação original.

POLÍTICA DE PRIVACIDADE

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

Processo de Avaliação pelos Pares

Quando um manuscrito é submetido à RBMFC, ele é avaliado por um editor com relação à adequação ao escopo da revista; adequação às instruções aos autores; ausência de plágio; e qualidade do conteúdo e da redação. Manuscritos adequados ao escopo da revista e às instruções aos autores, sem evidência de plágio (ou outras formas de má conduta acadêmica) e com conteúdo e apresentação razoáveis são encaminhados para revisão por dois ou mais avaliadores *ad hoc*, salvo exceções previstas nas Políticas de Seção.

Os avaliadores *ad hoc* são selecionados pelos editores em função de notório conhecimento nos temas e/ou métodos do manuscrito, bem como bom desempenho

na avaliação de manuscritos anteriores. Em linhas gerais, os avaliadores devem ajudar os autores a melhorar seus manuscritos, e ajudar os editores a tomar suas decisões. No entanto, a decisão de publicar um manuscrito compete apenas aos editores, que têm inclusive a liberdade de ocasionalmente desconsiderar uma avaliação e/ou convocar um avaliador adicional.

Na RBMFC, a avaliação dos manuscritos é duplo-cega: os autores não sabem quem são os avaliadores *ad hoc*, e vice-versa. Além disso, um avaliador não sabe quem é o outro. As interações são mediadas pelos editores, os únicos que conhecem a identidade de autores e avaliadores. A comunicação entre editores e avaliadores é sempre realizada através da plataforma eletrônica da RBMFC, cujas mensagens têm instruções passo a passo quando necessário.

Os manuscritos são considerados propriedade dos autores, e os avaliadores trabalham sob confidencialidade, de forma que os avaliadores não devem delegar a avaliação ou discutir o manuscrito com terceiros. Caso o avaliador considere valiosa a opinião de um colega sobre o manuscrito, deve comunicar ao editor para que este convide o colega para também avaliar o manuscrito. A RBMFC não publica nem as avaliações do manuscrito, nem as versões pré-publicação. No entanto, após a decisão editorial, usualmente o editor compartilha com os avaliadores *ad hoc* tanto a decisão editorial quanto as avaliações que lhe deram suporte (mantendo o anonimato dos avaliadores), de forma a um avaliador aprender com o trabalho do outro. Em caso de rejeição, o manuscrito e seu histórico de avaliação são arquivados para futura referência, sem prejuízo a sua submissão a outras revistas.

Desde 2018, o trabalho dos avaliadores é reconhecido por meio da publicação anual do nome e da afiliação institucional dos avaliadores *ad hoc* que atuaram naquele ano. Também é possível solicitar declarações do trabalho prestado.

Pesquisadores interessados em atuar na RBMFC como avaliadores *ad hoc* devem ler o restante das Políticas da RBMFC e entrar em contato com a secretaria executiva da RBMFC.

A avaliação pós-publicação é feita na seção [Cartas ao editor](#).

Caso algum autor queira questionar o parecer de um avaliador, deverá entrar em contato com o editor responsável pelo manuscrito. Caso queira questionar uma decisão editorial, deverá entrar em contato com a secretaria executiva, para que outro editor possa analisar o questionamento.

Conflitos de Interesse

A RBMFC adota a definição do ICMJE para conflito de interesse:

Pode haver conflito de interesses ou viés quando o julgamento profissional sobre um interesse primário (como o bem-estar do paciente ou a validade da pesquisa) puder ser influenciado por um interesse secundário (como ganho financeiro). As percepções de conflito de interesses são tão importantes quanto os conflitos de interesse reais. [...]

As relações financeiras (como emprego, consultoria, propriedade ou opções de ações, honorários, patentes e testemunhos pagos de especialistas) são as mais facilmente identificáveis [...]. Outros interesses também podem representar ou ser percebidos como conflitos, como relacionamentos ou rivalidades pessoais, competição acadêmica e crenças intelectuais. (tradução livre)

Autores devem relatar quaisquer relações ou atividades que possam enviesar ou serem vistos como enviesando seu trabalho, conforme descrito nas Diretrizes para Autores. Da mesma forma, avaliadores *ad hoc* devem informar quaisquer relações ou atividades que possam enviesar ou serem vistos como enviesando sua opinião sobre o trabalho, e declinar o convite em caso de conflito de interesse significativo. Editores não participam de decisão editorial se tiverem relações ou atividades que possam gerar conflitos relativos ao trabalho em questão; tais submissões são designadas a outros editores, inclusive editores convidados, quando necessário.

Autoria e Colaboração

Conforme definido pelo ICMJE, a autoria de um trabalho se baseia no atendimento a estes quatro critérios:

1. Contribuições substanciais para a concepção ou delineamento do trabalho, ou a aquisição, análise ou interpretação dos dados; E
2. Elaboração do rascunho do trabalho, ou sua revisão crítica para conteúdo intelectual importante; E
3. Aprovação final da versão a ser publicada; E
4. Concordância em prestar contas de todos os aspectos do trabalho, assegurando que as questões relacionadas à acurácia ou integridade de qualquer parte do trabalho sejam devidamente investigadas e resolvidas.

Qualquer pessoa atendendo aos quatro critérios deve ser listada como autora durante o preenchimento do formulário de submissão. Pessoas atendendo a apenas três ou menos critérios não são consideradas autoras, mas também devem ter sua colaboração reconhecida conforme descrito no Preparo do manuscrito. A correta identificação de quem deve ser listado como autor ou colaborador é responsabilidade coletiva dos autores; não cabe à RBMFC arbitrar conflitos de autoria.

No momento da submissão, os autores deverão declarar o atendimento aos critérios de autoria. Além de ser responsável pelo seu próprio trabalho, cada autor deve ser capaz de identificar a contribuição de cada coautor, e estar confiante na integridade dessas contribuições.

O autor correspondente é responsável pela comunicação com o corpo editorial, e seu endereço de e-mail é listado como contato no artigo final.

Ética em Pesquisa

Pesquisas envolvendo seres humanos devem ser conduzidas e relatadas em acordo com a Declaração de Helsinque de 2013. Além disso, se realizadas no Brasil, tais pesquisas devem atender à Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012, ou a Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, conforme apropriado; pesquisas realizadas em outros países devem seguir a legislação equivalente aplicável à respectiva jurisdição. Normalmente, isso inclui aprovação da pesquisa por um comitê de ética em pesquisa e assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) pelos participantes ou seus representantes.

Os autores devem empreender todos os esforços razoáveis para manter confidencial a identidade dos pacientes ou participantes da pesquisa; não basta cobrir os olhos do paciente com tarjas e/ou utilizar as iniciais do nome. Além disso, a publicação de casos clínicos ou de dados individuais (não agregados) de participantes de pesquisa é condicionada à previsão dessa publicação no TCLE, a não ser que a lei local diga o contrário. Como recomendado pelo *Committee on Publication Ethics*, a RBMFC deixou de exigir que os autores de casos clínicos enviem o TCLE preenchido pelo paciente ou responsável, por entender que a posse pelos autores é a melhor forma de preservar o anonimato do paciente.

Quando aplicável, a obtenção de aprovação ética e/ou consentimento escrito deverá ser informada nos Métodos no próprio manuscrito, conforme descrito em Dados abertos e reprodutibilidade.

Após a publicação de um artigo, eventuais suspeitas de infração ética ou outra forma de má conduta científica deverão ser informadas à secretaria executiva, com todos os detalhes relevantes, para que os editores possam apurar a suspeita e tomar as devidas providências. Excepcionalmente, os editores-chefes da RBMFC poderão compartilhar, com editores-chefes de outras revistas ou instituições dos autores, informação sobre artigos em avaliação ou publicados se, e na medida em que, isso for necessário para prevenir ou responder a uma suspeita de falha ética ou outra forma de má conduta científica.

Dados abertos e reprodutibilidade

A RBMFC implementa as diretrizes *Transparency and Openness Promotion*. Exceto onde indicado, estas políticas se aplicam aos Artigos de pesquisas.

Padrões de citação. A RBMFC *recomenda* que os conjuntos de dados e códigos de programas utilizados sejam citados no texto e listados na seção de referências, incluindo quando possível um identificador persistente como o *Digital Object Identifier* (DOI). Confira o estilo Vancouver para citação de conjuntos de dados.

Transparência de dados, métodos analíticos e materiais de pesquisa. Desde 1º de janeiro de 2020, artigos de pesquisa empírica (inclusive revisões de literatura sistemáticas) *devem* incluir nos Métodos uma declaração de compartilhamento de

dados. (Anteriormente, isso era exigido de ensaios clínicos mas apenas recomendado para outras pesquisas.) Conforme descrito pelo ICMJE, os planos de compartilhamento de dados devem indicar:

- Se dados de participantes anonimizados individuais (incluindo dicionários de dados) serão compartilhados;
- Que dados em particular serão compartilhados;
- Se documentos adicionais relacionados estarão disponíveis, tais como protocolo do estudo, plano de análise estatística, métodos etc. (ver Pré-registro dos planos de análise);
- Quando os dados serão disponibilizados e por quanto tempo;
- Por quais critérios de acesso os dados serão compartilhados, incluindo com quem, para quais tipos de análises, e por qual mecanismo.

A declaração sobre o compartilhamento dos métodos analíticos (código executado pelo programa de estatística) efetivamente utilizados e dos materiais de pesquisa é apenas uma *recomendação* para todos os tipos de pesquisa.

Análises secundárias de ensaios clínicos *devem* atestar nos Métodos a utilização dos dados em conformidade a quaisquer termos acordados por ocasião do recebimento dos dados. Isso é apenas uma recomendação para outros tipos de estudo.

Transparência do projeto e análise. Os autores *devem* relatar pesquisas originais, revisões sistemáticas, casos clínicos e relatos de experiência utilizando diretrizes relevantes listadas na EQUATOR Network. Por exemplo: CONSORT para ensaios controlados randomizados; STROBE para estudos quantitativos observacionais; PRISMA para revisões sistemáticas; COREQ ou SRQR para pesquisa qualitativa; CARE para casos clínicos; SQUIRE para relatos de experiência; bem como as respectivas extensões quando cabíveis. Durante a submissão do manuscrito, os autores deverão confirmar ter utilizado as diretrizes de relato relevantes. Sempre que apropriado, os autores devem citar nos Métodos a diretriz de relato utilizada, para que leitores atuais e futuros possam julgar a adequação dos relatos de acordo com os padrões da época.

Pré-registro de estudos. Ensaios clínicos *devem* ter sido incluídos em um registro público de ensaios clínicos antes do recrutamento do primeiro participante.

Conforme definido pela Organização Mundial da Saúde, considera-se ensaio clínico qualquer pesquisa que designe prospectivamente participantes humanos (individualmente ou em grupo) para uma ou mais intervenções relacionadas à saúde para avaliar os efeitos sobre desfechos relativos à saúde. Aceitam-se como registros públicos de ensaios clínicos o Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos e outros integrantes primários da International Clinical Trials Registry Platform, além do ClinicalTrials.gov. O número de inscrição no registro deverá constar no resumo e nos métodos do ensaio clínico.

O registro prévio de estudos observacionais (nos registros públicos listados acima) ou revisões sistemáticas (PROSPERO) não é atualmente exigido, mas é *recomendado* e deve ser mencionado quando feito.

Pré-registro dos planos de análise. A RBMFC *recomenda* que os autores indiquem na seção Métodos do manuscrito se a pesquisa conduzida foi ou não pré-registrada com um plano de análise em um repositório institucional independente como Open Science Framework ou ClinicalTrials.gov. A inclusão de um plano de análise envolve a especificação da sequência de análises ou o modelo estatístico que será reportado. Caso os autores tenham feito pré-registro da pesquisa, eles *devem*:

1. Citar nos Métodos o plano de análise pré-registrado;
2. Relatar as análises pré-registradas ou, em caso de alteração nas mesmas, descrever e justificar as mudanças;
3. Claramente distinguir no texto análises pré-registradas das não pré-registradas, assim como separar nos resultados as análises confirmatórias das exploratórias.

Estudos de replicação. A RBMFC *recomenda* a submissão de estudos de replicação, particularmente de pesquisa previamente publicada neste periódico.

Periodicidade

Desde 2016, a RBMFC publica seus artigos de forma contínua. Nesse formato, cada artigo é publicado assim que é aprovado e editado, sem esperar o fechamento de uma edição. Com a exceção dos suplementos, todos os artigos são publicados em um único número por ano.

Política de Acesso Livre

A RBMFC publica todos os seus artigos imediatamente (sem embargo) sob a licença *Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional*. Essa forma de acesso livre é denominada “via dourada”, ou então “via platina” ou “via diamante” para enfatizar o fato de o periódico não cobrar taxa de submissão ou publicação.

Naturalmente, os autores são livres para arquivar em repositórios pessoais institucionais não apenas o manuscrito (como na “via verde”), mas também a versão final do artigo (categoria “verde” do Diadorim).

Arquivamento

Desde dezembro de 2019, a RBMFC é preservada digitalmente pela Rede Cariniana. Até novembro de 2019, a preservação digital era feita pela PKP Preservation Network. Ambas as redes utilizam o sistema LOCKSS para criar um sistema de arquivo distribuído entre as bibliotecas participantes.