



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CAMPUS SOBRAL
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

YVINA KARINE PARENTE CARNEIRO

**PRÁTICA CENTRADA NA PESSOA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE: UMA REVISÃO DE ESCOPO**

SOBRAL-CE

2025

YVINA KARINE PARENTE CARNEIRO

**PRÁTICA CENTRADA NA PESSOA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE: UMA REVISÃO DE ESCOPO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, da Universidade Federal do Ceará – UFC, Campus Sobral/CE, como requisito para o título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Orientador: Prof. Dr. Jacques Antonio Cavalcante Maciel

SOBRAL-CE

2025

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- C1p CARNEIRO, YVINA KARINE PARENTE.
PRÁTICA CENTRADA NA PESSOA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO DE ESCOPO / YVINA KARINE PARENTE CARNEIRO. – 2025.
73 f.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2025.
Orientação: Prof. Dr. Jacques Antonio Cavalcante Maciel.
1. Prática Centrada na Pessoa. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Serviços de Saúde. I. Título.
CDD 610
-

YVINA KARINE PARENTE CARNEIRO

**PRÁTICA CENTRADA NA PESSOA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE: UMA REVISÃO DE ESCOPO**

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico de Saúde da Família, da Universidade Federal do Ceará, para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Linha de Pesquisa: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Aprovada em ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Jacques Antonio Cavalcante Maciel (Orientador)

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^ª. Dr^ª. Myrna Maria Arcanjo Frota Barros (Examinadora)

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Ivo Aurélio Lima Júnior (Examinador)

Universidade Federal do Ceará (UFC)

AGRADECIMENTOS

Antes de tudo, agradeço a Deus, por me sustentar em cada etapa dessa caminhada. Por me conceder força nos momentos de cansaço, serenidade nas incertezas e luz para seguir firme no propósito.

Agradeço à minha família, minha base mais sólida e fonte inesgotável de amor, valores e inspiração. Cada um de vocês esteve presente de forma única nesta conquista.

Ao meu marido, Mário, meu maior exemplo de educação, dedicação e persistência. Como professor e como companheiro, você me inspira todos os dias. Agradeço profundamente pelo seu amor e, sobretudo, pela paciência expressa em gestos de cuidado diário. Sua presença atenta, seu apoio constante e sua forma generosa de estar ao meu lado foram fundamentais para que eu pudesse seguir com serenidade e força.

Aos meus pais, Cristiane e Manoel, que sempre acreditaram no poder transformador da educação e fizeram de tudo para que eu tivesse acesso às melhores oportunidades possíveis. Com amor, esforço e apoio incondicional, vocês me deram as bases mais importantes: valores sólidos, incentivo constante e confiança para seguir em frente. Cada passo nesta trajetória carrega a presença e a força de vocês.

Aos meus irmãos, Yngred e Yure, agradeço por estarem sempre presentes de maneira silenciosa, porém essencial. Nós não somos de demonstrar carinho de forma explícita, mas nosso amor se expressa em atitudes, em estar disponível, em servir e apoiar quando é preciso. Essa forma singular de cuidado foi um suporte valioso durante todo o percurso.

Ao meu filho, Bernardo, que foi literalmente parte desta jornada: gerado e nascido durante o mestrado. Sua chegada transformou meus dias, renovou minhas forças e deu um novo significado a cada passo. Foi por você, com você e para você que muitas das minhas escolhas ganharam ainda mais propósito.

Além da minha família, algumas pessoas especiais foram fundamentais nessa trajetória. Pessoas que, com sua presença, palavras e gestos, contribuíram para que esse caminho fosse mais leve, possível e significativo.

Agradeço profundamente ao meu orientador, Jacques, por muito mais do que sua orientação acadêmica — sempre atenta, rigorosa e generosa. Obrigada por acreditar em mim desde o início. Seu incentivo constante, sua confiança e sua postura encorajadora foram decisivos para que eu seguisse com coragem e determinação. Sou grata por cada conversa, sugestão, palavra de apoio e desafio colocado com sabedoria.

Agradeço também aos integrantes do Grupo NEPIS, pelo apoio, acolhimento e colaboração ao longo de todo o processo. Cada troca, sugestão e incentivo contribuíram de forma significativa para o amadurecimento deste trabalho e para o meu crescimento acadêmico.

À banca examinadora, agradeço pela disponibilidade e pelas valiosas contribuições. É uma honra contar com olhares tão atentos e experientes para enriquecer este estudo.

Por fim, agradeço a toda a minha família e amigos que, direta ou indiretamente, fizeram parte dessa trajetória. Cada gesto de apoio, palavra de incentivo e presença tiveram um impacto profundo no caminho até aqui.

Muito obrigada!

RESUMO

A Prática Centrada na Pessoa (PCP) constitui uma abordagem que orienta o cuidado para as necessidades, valores e participação ativa do usuário, sendo considerada estratégica para qualificar a Atenção Primária à Saúde (APS). Objetivou-se mapear e analisar as evidências disponíveis sobre ações relacionadas à Prática Centrada na Pessoa no contexto da APS, identificando sua distribuição geográfica e as principais estratégias de implementação. Trata-se de uma revisão de escopo conduzida conforme a metodologia do Joanna Briggs Institute (JBI), orientada pela estratégia População-Conceito-Contexto (PCC). A busca foi realizada em julho de 2024 nas bases PubMed, Cochrane Library, Web of Science, Embase, Science Direct, ProQuest, LILACS e Google Acadêmico, utilizando descritores relacionados à prática centrada na pessoa e atenção primária à saúde. Foram incluídos estudos originais quantitativos, qualitativos e mistos realizados em serviços de APS. Após aplicação dos critérios de elegibilidade e leitura na íntegra, 21 estudos compuseram a amostra final. Observou-se predominância de publicações provenientes de países de alta renda, especialmente Europa e América do Norte, com menor concentração na América Latina e escassez de estudos em países de baixa e média renda, evidenciando desigualdade na produção científica sobre o tema. As evidências apontaram três eixos principais de implementação da PCP: capacitação profissional voltada à comunicação e tomada de decisão compartilhada; utilização de instrumentos de avaliação da prática centrada na pessoa; e realização de consultas conduzidas por profissionais treinados nesse modelo de cuidado. As ações fundamentaram-se na valorização do contexto biopsicossocial, fortalecimento do vínculo terapêutico e participação ativa do usuário no plano de cuidado, estando associadas à melhoria da experiência do paciente, maior adesão ao tratamento e melhores desfechos em condições crônicas. Conclui-se que a Prática Centrada na Pessoa na APS é operacionalizada principalmente por meio de mudanças no processo de trabalho e qualificação profissional, apresentando impactos positivos na qualidade do cuidado. Entretanto, persistem desigualdades na produção científica e lacunas quanto à padronização de instrumentos e sustentabilidade das intervenções.

Palavras-chave: Prática Centrada na Pessoa; Atenção Primária à Saúde; Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Person-Centered Practice (PCP) is an approach that guides care toward the needs, values, and active participation of the user, and is considered strategic for improving Primary Health Care (PHC). The objective was to map and analyze the available evidence on actions related to Person-Centered Practice in the context of PHC, identifying its geographical distribution and the main implementation strategies. This is a scoping review conducted according to the Joanna Briggs Institute (JBI) methodology, guided by the Population-Concept-Context (PCC) strategy. The search was conducted in July 2024 in the PubMed, Cochrane Library, Web of Science, Embase, Science Direct, ProQuest, LILACS, and Google Scholar databases, using descriptors related to person-centered practice and primary health care. Original quantitative, qualitative, and mixed studies conducted in PHC services were included. After applying the eligibility criteria and reading the studies in full, 21 studies comprised the final sample. There was a predominance of publications from high-income countries, especially Europe and North America, with a lower concentration in Latin America and a scarcity of studies in low- and middle-income countries, highlighting inequality in scientific production on the topic. The evidence pointed to three main axes of PCP implementation: professional training focused on communication and shared decision-making; use of person-centered practice assessment tools; and consultations conducted by professionals trained in this care model. The actions were based on valuing the biopsychosocial context, strengthening the therapeutic bond, and active user participation in the care plan, and were associated with improved patient experience, greater treatment adherence, and better outcomes in chronic conditions. It is concluded that Person-Centered Practice in PHC is mainly operationalized through changes in the work process and professional qualification, with positive impacts on the quality of care. However, inequalities in scientific production and gaps in the standardization of instruments and sustainability of interventions persist.

Keywords: Person-Centered Practice; Primary Health Care; Health Services.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PCP	Prática Centrada na Pessoa
APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
JBI	Joanna Briggs Institute
PCC	População, Conceito e Contexto
PCPI-SU	Person Centered Practice Inventory - Service User
PCPI-S	Person Centered Practice Inventory - Staff
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
PRISMA	Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Meta-Análises

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Bases de dados, descritores utilizados e tipo de busca.....20

Quadro 2 - Critérios de inclusão e exclusão.....21

CAPÍTULO

Quadro 3 - Bases de dados, descritores utilizados e os respectivos resultados.....29

Quadro 4 - Principais informações dos estudos de ensaio clínico randomizado da abordagem centrada na pessoa a partir da estratégia PCC.....36

Quadro 5 - Principais informações dos demais tipos de estudos da abordagem centrada na pessoa a partir da estratégia PCC.....38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Razão de exclusão de artigos após leitura na íntegra.....	33
--	----

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases, registers and other sources	32
--	----

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO GERAL.....	14
2. OBJETIVOS.....	18
2.1 Objetivo geral.....	18
2.2 Objetivos específicos.....	18
3. METODOLOGIA.....	19
3.1 Tipo de estudo.....	19
3.2 Questão de pesquisa.....	19
3.3 Fonte de dados.....	19
3.4 Critérios de elegibilidade.....	20
4. CAPÍTULO.....	23
5 CONCLUSÃO GERAL.....	54
REFERÊNCIAS GERAIS.....	55
ANEXO A - PROTOCOLO PERSON-CENTERED PRACTICES IN THE CONTEXT OF PRIMARY HEALTH CARE: A SCOPING REVIEW.....	57
ANEXO B - NORMAS PARA SUBMISSÃO PARA REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA.....	64

1. INTRODUÇÃO GERAL

Os serviços de saúde têm passado de modelos biomédicos de prestação de cuidados para uma prática centrada na pessoa, com evidências de ganhos tanto para os utilizadores e profissionais dos serviços de saúde, como para a organização (Gyllensten et al., 2020). A importância da Prática Centrada na Pessoa (PCP) para a sustentabilidade dos sistemas de saúde é reconhecida mundialmente por políticos e gestores de saúde e está se tornando o padrão ouro em todo o mundo para garantir a qualidade do atendimento em uma sociedade com restrições de custos (Organização Mundial da Saúde, 2015). Tendo comprovado a eficácia do PCP, diversas pesquisas estão sendo conduzidas para impulsionar sua implementação na prática médica convencional. No entanto, ainda existem alguns desafios que dificultam a implementação bem-sucedida, o acompanhamento a longo prazo e a sustentabilidade.

A PCP tornou-se um movimento global na área da saúde que visa compreender a história de vida, experiências em saúde e o papel das famílias na vida das pessoas (Choperena et al., 2022). Os serviços de saúde têm mudado de modelo biomédico para modelo centrado na pessoa com benefícios tanto para os usuários como para o serviço e os profissionais (Ventura et al., 2023). A PCP tem como princípios tratar as pessoas como indivíduos, respeitando seus direitos, construindo confiança e compreensão mútuas e desenvolvendo relações terapêuticas (McCormack; McCance, 2011). Segundo Starfield (2011) a PCP deve ser amplamente acessível, abrangente, contínua e coordenada. A prática ou cuidado centrado na pessoa objetivam a humanização dos serviços de saúde prestados ao usuário, sendo este tratado como foco de cuidado (McCormack et al., 2001).

A estrutura publicada por McCormack e McCance engloba quatro domínios: os pré-requisitos, os ambientes de cuidados, os processos centrados na pessoa e os resultados (McCormack et al., 2001). Essa estrutura auxilia na compreensão das dimensões da centralização da pessoa e como pode ser operacionalizado, e é firmado pelos valores de respeito pela pessoa, direito individual, autodeterminação, respeito mútuo e compreensão (Slater; McCance; McCormack, 2017).

Os pré-requisitos têm como foco as atribuições do profissional: ser profissionalmente competente, ter habilidades interpessoais desenvolvidas, ter comprometimento com o trabalho, ter clareza de crenças e valores pessoais e conhecer a si mesmo. O ambiente de cuidado (ambiente de prática) é centrado no contexto em que os cuidados são prestados e inclui: Sistemas organizacionais solidários, compartilhamento de gestão, potencial para

inovação e assunção de riscos, ambiente físico, habilidades apropriadas, sistemas de tomada de decisão compartilhada e relacionamento eficaz com a equipe. Os processos centrados na pessoa estão focados no contexto em que os cuidados são prestados e incluem: trabalhar com as crenças e valores, engajar-se autenticamente, compartilhar a tomada de decisão, ser simpaticamente presente e trabalhar de modo holístico. Os resultados, quando de forma eficaz, incluem, satisfação do usuário, seu envolvimento e criação de ambiente terapêutico (McCormack et al., 2001; McCormack; Mccance, 2011; McCormack, 2003; Bing-jonsson et al., 2018; McCormack; Mccance, 2016; Slater; Mccance; McCormack, 2017). Para proporcionar resultados positivos, tanto para profissionais como para os usuários, deve-se levar em consideração os pré-requisitos que têm impacto no gerenciamento do cuidado pelos profissionais e o ambiente de cuidado para prestação de cuidados eficazes (McCormack; Mccance, 2011).

A PCP pode favorecer o desenvolvimento de serviços de saúde mais eficazes para o futuro, principalmente devido ao envelhecimento da população e conseqüente complexidade das necessidades de saúde dos usuários. A Atenção Primária à Saúde (APS) torna-se um cenário ideal para implantação de PCP na garantia de cuidados eficazes em saúde (Balqis-Ali et al., 2020). Uma abordagem centrada no paciente está se tornando um modelo cada vez mais reconhecido para oferecer cuidados de alta qualidade. Embora ainda não haja uma evidência consistente que prove que esse modelo leva a melhores resultados para os pacientes, estudos mostram que práticas que promovem a ativação do paciente estão frequentemente associadas a uma redução significativa nos custos com cuidados primários (Bertakis; Azari, 2011).

A abordagem centrada no paciente nos cuidados primários pode estar relacionada a uma redução nas despesas médicas anuais. Uma possível explicação para a relação entre a abordagem centrada no paciente e a diminuição na utilização de cuidados pode ser que os pacientes experimentem menos ansiedade e maior confiança em seus médicos quando participam ativamente do seu próprio cuidado e sentem que são compreendidos. Além disso, os médicos podem obter mais informações sobre as preocupações e questões dos pacientes ao se engajarem em uma comunicação mais centrada no paciente. Esses fatores, tanto do lado do paciente quanto do médico, podem contribuir para uma menor necessidade de diagnósticos e consultas adicionais (Bertakis e Azari, 2011).

A PCP proposta por McCormack e McCance priorizou a relação terapêutica entre profissionais de saúde e os usuários do serviço, levando em consideração valores de respeito, direitos e autodeterminação. Garantindo assim, autorresponsabilização do usuário pela sua saúde e decisões (Balqis-Ali et al., 2020). O objetivo geral é promover o envolvimento ativo

do paciente no cuidado e garantir que o tratamento seja individualizado para atender às necessidades específicas de cada pessoa (Mann et al, 2018).

Slater, McCane e McCormack publicaram um instrumento holístico para medir os cuidados centrados na pessoa, baseados na estrutura teórica de PCP proposta por McCormack e McCance. O *Person Centered Practice Inventory - versão Service User* (PCPI-SU) e *Person Centered Practice Inventory - versão Staff* (PCPI-S), visam medir a oferta da prática centrada na pessoa em várias configurações. Entre as principais diferenças das duas versões destaca-se que a versão para usuários avalia a experiência dos pacientes com os serviços, enquanto a versão para profissionais avalia a perspectiva dos trabalhadores de saúde sobre a PCP. Além disso, o usuário fornece uma visão de como ele percebe o cuidado e a interação entre e com os profissionais e a experiência do paciente com foco na empatia, comunicação, autonomia e respeito. O trabalhador do serviço, no entanto, fornece uma visão de como ele acredita que a PCP é aplicada, além de identificar desafios e pontos positivos na implementação e como lidar com as expectativas dos pacientes (Mann et al, 2018).

Assim, o PCPI-SU é uma ferramenta de avaliação utilizada na área da saúde para medir o grau de implementação de práticas centradas na pessoa nos serviços de saúde. O inventário inclui perguntas e itens que abordam aspectos específicos da prática centrada na pessoa que abrangem respeito à autonomia, comunicação eficaz, envolvimento do usuário nas tomadas de decisões e continuidade do cuidado, além de adaptação dos serviços às necessidades dos usuários. Assim, através deste instrumento os profissionais e gestores podem avaliar o quanto está sendo incorporada a prática centrada na pessoa no ambiente de trabalho e assim, identificar melhorias, garantindo uma prestação de serviço mais eficaz para os usuários e maior satisfação pelo serviço prestado (McCormack & McCance, 2017)

Dessa forma, a realização deste estudo se justifica pela necessidade de aprofundar a compreensão sobre os fundamentos e as práticas relacionadas ao cuidado centrado na pessoa, especialmente no contexto da APS. A proposta de uma revisão de literatura sobre o tema visa reunir e analisar criticamente as produções científicas disponíveis, a fim de identificar os principais conceitos, estratégias e desafios envolvidos na implementação desse modelo de cuidado nos serviços de saúde. Essa investigação nasce da minha experiência profissional e formativa, que evidenciou, na prática cotidiana, a importância de consolidar abordagens que coloquem o usuário no centro do processo de cuidado, respeitando suas singularidades, promovendo o protagonismo e favorecendo relações terapêuticas mais humanas e eficazes.

Nesse contexto, minha atuação na Estratégia Saúde da Família (ESF) tem se configurado como um espaço estratégico para vivenciar os desafios e as potencialidades da

implementação de modelos de cuidado centrados na pessoa. Durante a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e, posteriormente, no Mestrado em Saúde da Família, foi possível acompanhar de forma direta a dinâmica dos territórios, por meio de atendimentos clínicos, visitas domiciliares, atividades educativas e discussões interdisciplinares. Esses percursos formativos proporcionaram momentos intensos de reflexão crítica, integração entre teoria e prática e aprofundamento conceitual sobre os princípios da APS, qualificando o olhar para o cuidado centrado nas necessidades reais das pessoas e comunidades. Tais experiências evidenciaram a importância de abordagens que valorizem o vínculo, a escuta qualificada e a corresponsabilização dos usuários, elementos fundamentais para a consolidação da prática centrada na pessoa no cotidiano dos serviços de saúde.

Paralelamente, a experiência como cirurgiã-dentista da ESF e como gerente de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) possibilitou ampliar o olhar sobre os processos organizacionais e as interfaces entre gestão e assistência. Essa trajetória articulada entre prática clínica, formação e gestão evidenciou a necessidade de alinhar fluxos de trabalho, fortalecer a comunicação interprofissional e adaptar estratégias de cuidado às especificidades de cada território. Nesse sentido, a PCP pode contribuir para tornar os serviços mais responsivos, acessíveis e alinhados às reais necessidades da população.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar as evidências observáveis sobre as ações de Prática Centrada na Pessoa no contexto da Atenção Primária à Saúde.

2.2 Objetivos específicos

- Mapear a distribuição geográfica da produção científica sobre práticas centradas na pessoa, destacando os países com maior volume de publicações;
- Analisar as estratégias empregadas, incluindo treinamento profissional, aplicação de instrumentos de avaliação e modalidades de consulta centradas no paciente.

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Uma revisão de escopo é um estudo que busca reunir e explorar, de modo amplo, o que já foi produzido em literatura científica sobre um tema, independentemente da abordagem metodológica dos estudos (quantitativos, qualitativos ou mistos). Seu propósito principal é identificar áreas bem estudadas, lacunas de conhecimento, padrões e diversidade de evidências, de forma a oferecer uma base sólida para orientar tanto decisões como futuras pesquisas, especialmente quando o tema é complexo ou pouco delimitado. Esse tipo de revisão é particularmente útil para estabelecer o panorama geral de um campo antes de realizar revisões mais específicas ou sistemáticas (Borges *et al.*, 2025).

Este trabalho trata-se de uma revisão de escopo, escrita em conformidade com a metodologia do Joanna Briggs Institute (JBI) Scoping Review Methodology Group, disponível em: <https://jbi.global/scoping-review-network/resources>.

3.2 Questão de pesquisa

A seleção dos artigos se deu a partir de três elementos principais, sendo estes o Conceito, a População e o Contexto (PCC). A estrutura PCC é um elemento guia importante na construção de metas claras e métricas de elegibilidade para a inclusão de estudos na revisão, conforme sugerido pelo protocolo Joanna Briggs Institute (Peters, 2024).

O objetivo deste estudo é mapear as evidências observáveis sobre ações de cuidado centrado na pessoa no contexto da APS. Assim, elaborou-se a seguinte questão específica de pesquisa: Quais são as ações e práticas de cuidado centrado na pessoa no contexto da APS?

Assim, buscou-se entender as práticas de cuidado centradas na pessoa no contexto da atenção primária à saúde, descritas por abordagens que envolvem e empoderam o paciente em seu próprio cuidado, baseadas em um cuidado holístico, capaz de envolver o aspecto biopsicossocial do indivíduo.

3.3 Fonte de dados

A coleta dos dados foi realizada em julho de 2024. Foram realizadas buscas nas seguintes bases de dados: PubMed, Cochrane Library, Google Acadêmico, ProQuest, Lilacs, Web of Science, Embase e Science Direct. A combinação dos termos foi executada utilizando os

termos booleanos “OR” – a fim de garantir uma maior quantidade de resultados com o uso de sinônimos – e “AND” para que os resultados fossem, de fato, relacionados aos objetivos da pesquisa. Ainda, foi utilizada uma variedade de tipos de estudo, tais como ensaios clínicos randomizados, pesquisa-ação participativa, estudos observacionais e estudos de caso coletivo, além de literatura cinzenta. Os resultados da busca podem ser observados no quadro 1.

Quadro 1 - Bases de dados, descritores utilizados e tipo de busca

DATABASE	SEARCH QUERY	TYPE OF SEARCH
Cochrane Library	("Practices"[Mesh] AND "Person-centred"[Mesh] OR "patient-centred"[Mesh] AND "primary health care"[Mesh])	Keywords
Google Scholar	("Person-centred practice"[Mesh] AND "Primary Health Care"[Mesh])	Keywords
Pro Quest	("Person-centred practice"[Mesh] AND "Primary Health Care"[Mesh])	Keywords
PubMed	("Practices"[Mesh] AND "Person-centred"[Mesh] AND "Primary Health Care"[Mesh])	MeSH terms and keywords
LILACS	("Practices"[Mesh] AND "Person-centred"[Mesh] OR "Patient-centred"[Mesh] AND "Primary Health Care"[Mesh])	Keywords
Web of Science	("Practices"[Mesh] AND "Person-centred"[Mesh] OR "Patient-centred"[Mesh] AND "Primary Health Care"[Mesh])	Keywords
Embase	("Practices"[Mesh] AND "Person centred"[Mesh] OR "Patient centred"[Mesh] AND "Primary Health Care")	Keywords
Science Direct	("Person-centred practice"[Mesh] AND "Primary Health Care"[Mesh])	Keywords

3.4 Critérios de elegibilidade

As ações e práticas voltadas ao cuidado centrado na pessoa buscam envolver o paciente de forma ativa em seu próprio processo de cuidado. Essa abordagem pode ser observada em consultas não tradicionais, que incorporam intervenções centradas na pessoa, consideram a duração adequada das consultas, promovem a avaliação da satisfação do paciente, a tomada de decisão compartilhada e a capacitação dos profissionais para adoção dessa prática. É

importante destacar que tais ações devem ocorrer no âmbito dos serviços de APS, sendo excluídas aquelas realizadas em instituições de longa permanência ou fora do contexto da APS.

Quadro 2 - Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Ações e práticas de cuidado centrado na pessoa em consultas de atenção primária	Ações realizadas em instituições de longa permanência e nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde.

A seleção dos artigos se deu a partir de três elementos principais, sendo estes o PCC. A estrutura PCC é um elemento guia importante na construção de metas claras e métricas de elegibilidade para a inclusão de estudos na revisão (Mann *et al.*, 2018). Nessa ótica, em relação a cada elemento do PCC, o Conceito foi atribuído, obrigatoriamente, à necessidade de uma definição das principais características da Prática Centrada na Pessoa. Já a População foi referente às ações realizadas que se coadunavam com a definição da abordagem da prática centrada na pessoa, e o contexto ao local de realização do estudo que, nesse caso, deveria ser a APS, assim, estudos realizados em casas de apoio ou em ambientes de longa permanência foram descartados, bem como outros tipos de revisão e protocolo.

4. CAPÍTULO

Os resultados e a discussão desta dissertação estão organizados em um capítulo complementar. O capítulo corresponde a um artigo científico, intitulado “Prática Centrada na Pessoa no Contexto da Atenção Primária à Saúde: Uma Revisão de Escopo”, que constitui o eixo central desta etapa da pesquisa e será futuramente submetido à apreciação de periódicos da área.

CAPÍTULO

PRÁTICA CENTRADA NA PESSOA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO DE ESCOPO

Yvina Karine Parente Carneiro ¹
Jacques Antonio Cavalcante Maciel ²
Eduardo Adelmo Alves Silva ³
Ana Luíze Andrade Oliveira ³
Ilan Matheus Leandro Araújo ³
Yann Nobre Viana ³

¹ Mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará - Campus Sobral

² Doutor em Odontologia pela Universidade Federal do Ceará

³ Graduando(a) em Odontologia pela Universidade Federal do Ceará - Campus Sobral

RESUMO

A Prática Centrada na Pessoa (PCP) caracteriza-se como uma abordagem de cuidado em saúde orientada à qualidade e sustentabilidade, na qual o foco não se restringe à doença, mas considera o indivíduo de forma integral e participativa em seu próprio tratamento. Objetivou-se mapear as ações de Prática Centrada na Pessoa no contexto da Atenção Primária à Saúde. Trata-se de uma revisão de escopo conduzida conforme o Joanna Briggs Institute, com busca em bases científicas por meio de descritores relacionados à Prática Centrada na Pessoa e à Atenção Primária à Saúde, orientada pela estratégia População, Conceito e Contexto. Foram incluídos estudos originais realizados em serviços de atenção primária que abordassem a PCP e excluídos revisões, duplicatas e estudos fora desse contexto. A amostra final foi composta por 21 estudos. Observou-se predominância de publicações oriundas de países de alta renda, com escassez de produções brasileiras, evidenciando lacunas nacionais na investigação do tema. As principais ações identificadas foram o treinamento de profissionais voltado ao cuidado centrado na pessoa, a aplicação de instrumentos de avaliação dessa prática e a realização de consultas conduzidas por profissionais capacitados, operacionalizadas por meio da tomada de decisão compartilhada, valorização do contexto biopsicossocial e fortalecimento da aliança terapêutica. Tais estratégias demonstraram resultados positivos tanto na experiência do paciente quanto em desfechos clínicos específicos.

Palavras-chave: Assistência Centrada no Paciente; Atenção Primária à Saúde; Serviços de Saúde

PERSON-CENTERED PRACTICE IN THE CONTEXT OF PRIMARY HEALTH CARE: A SCOPING REVIEW

ABSTRACT

Person-Centered Practice (PCP) is characterized as a quality- and sustainability-oriented approach to healthcare, in which the focus is not restricted to the disease, but considers the individual in a comprehensive and participatory manner in their own treatment. The objective was to map Person-Centered Practice actions in the context of Primary Health Care. This is a scoping review conducted according to the Joanna Briggs Institute, with a search of scientific databases using descriptors related to Person-Centered Practice and Primary Health Care, guided by the Population, Concept, and Context strategy. Original studies conducted in primary care services that addressed PCP were included, and reviews, duplicates, and studies outside this context were excluded. The final sample consisted of 21 studies. There was a predominance of publications from high-income countries, with a scarcity of Brazilian productions, evidencing national gaps in research on the topic. The main actions identified were the training of professionals in person-centered care, the application of instruments to evaluate this practice, and the conduct of consultations by trained professionals, operationalized through shared decision-making, appreciation of the biopsychosocial context, and strengthening of the therapeutic alliance. These strategies demonstrated positive results both in patient experience and in specific clinical outcomes.

Keywords: Patient-Centered Care; Primary Health Care; Health Services

PRÁCTICAS CENTRADAS EN LA PERSONA EN EL CONTEXTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: UNA REVISIÓN DE ALCANCE

RESUMEN

La Práctica Centrada en la Persona (PCP) se caracteriza como un enfoque de atención sanitaria orientado a la calidad y la sostenibilidad, en el que el foco no se limita a la enfermedad, sino que considera al individuo de forma integral y participativa en su propio tratamiento. El objetivo fue mapear las acciones de la Práctica Centrada en la Persona en el contexto de la Atención Primaria de Salud. Se trata de una revisión de alcance realizada según el Joanna Briggs Institute, con búsqueda en bases científicas mediante descriptores relacionados con la Práctica Centrada en la Persona y la Atención Primaria de Salud, orientada por la estrategia Población, Concepto y Contexto. Se incluyeron estudios originales realizados en servicios de atención primaria que abordaban la PCP y se excluyeron revisiones, duplicados y estudios fuera de este contexto. La muestra final estuvo compuesta por 21 estudios. Se observó un predominio de publicaciones procedentes de países de altos ingresos, con escasez de producciones brasileñas, lo que pone de manifiesto las lagunas nacionales en la investigación sobre el tema. Las principales acciones identificadas fueron la formación de profesionales orientada al cuidado centrado en la persona, la aplicación de instrumentos de evaluación de esta práctica y la realización de consultas dirigidas por profesionales capacitados, operacionalizadas mediante la toma de decisiones compartida, la valoración del contexto biopsicosocial y el fortalecimiento de la alianza terapéutica. Estas estrategias mostraron resultados positivos tanto en la experiencia del paciente como en los resultados clínicos específicos.

Palabras-clave: Atención Dirigida al Paciente; Atención Primaria de Salud; Servicios de Salud.

INTRODUÇÃO

A Prática Centrada na Pessoa (PCP) é considerada um componente essencial para cuidados de saúde sustentáveis e de qualidade, sendo caracterizada pelo foco no paciente e não apenas na doença. Aliada aos princípios da tomada de decisão compartilhada, a abordagem centrada na pessoa busca envolver e capacitar o paciente em seu próprio cuidado, tornando-o capaz de realizar os comportamentos necessários para atingir determinados objetivos.¹

McCormack e McCance² desenvolveram uma estrutura teórica do atendimento centrado na pessoa com foco na relação terapêutica entre os profissionais de saúde e os usuários do serviço, ou seja, os pacientes. Essa abordagem foi caracterizada por cuidados humanísticos, direito do indivíduo pela autodeterminação, respeito mútuo e compreensão.³ Nesse sentido, o envolvimento entre paciente e profissional seria primordial, uma vez que seriam desenvolvidas soluções apropriadas para que o paciente pudesse assumir a responsabilidade da sua própria saúde e colaborar com as decisões clínicas. Tal postulado é válido, principalmente, ao observar o crescente envelhecimento da população global, pois, nessa perspectiva, os resultados da prática de atendimentos centrados na pessoa facilitariam o cuidado próprio dos pacientes no futuro.⁴

Sob essa perspectiva, o conceito geral de Prática Centrada na Pessoa tem se popularizado a nível global⁴ chegando à Atenção Primária à Saúde (APS), espaço no qual os problemas dos pacientes estão comumente relacionados não só à doença, mas também aos aspectos sociais e psicológicos dos indivíduos que, por sua vez, necessitam de um cuidado continuado.⁵

Dessa forma, com o objetivo de tornar o atendimento mais satisfatório para o paciente, Stewart⁶ elaborou o método clínico centrado na pessoa que definiu quatro componentes

essenciais à essa prática, sendo esses (1) “explorando a saúde, a doença e a experiência da doença”, (2) “entendendo a pessoa como um todo”, (3) “elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas” e (4) “intensificando a relação entre paciente e médico”.

Segundo Esperidião e Trad,⁷ a percepção dos usuários sobre o serviço torna-se relevante por estar associada a um potencial melhora na qualidade do serviço prestado, baseado nas expectativas e concepções do atendimento recebido, entretanto, é evidente a carente abordagem voltada ao paciente na APS.⁸ Em uma pesquisa realizada por Roter *et al*⁹, nos Estados Unidos, cerca de 1/3 dos entrevistados classificaram a consulta realizada na APS com enfoque em aspectos morfológicos e fisiológicos da doença, o que desconsidera o contexto biopsicossocial da pessoa ⁵, o qual leva em consideração o caráter subjetivo, psicológico e social da doença.¹⁰

No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família constitui o modelo de Atenção Primária à Saúde, promovendo um cuidado multiprofissional voltado às necessidades da população e funcionando como porta de entrada universal, integrada a redes de atenção à saúde.¹¹ O modelo de ESF é garantido pelo SUS, que tem como princípios a universalidade, integralidade e a equidade, e sua oferta busca garantir uma maior facilidade e integralidade no atendimento dos indivíduos e suas famílias ¹², tornando essa premissa semelhante ao que é proposto pela abordagem centrada na pessoa.

A diversidade de definições teóricas da PCP justifica estudos que busquem compreender essas concepções no contexto da APS. A síntese desses conceitos permite analisar e aprimorar a prática nos serviços, melhorando o controle, a avaliação e a organização do trabalho em saúde, visando maior eficiência, eficácia e efetividade. ¹³ Nesse contexto, isso se faz especialmente importante devido ao anseio dos pacientes em serem atendidos por meio da abordagem centrada na pessoa, com parceria, comunicação e promoção

de saúde.¹⁴ Entretanto, apesar da relevância da PCP para qualificar a APS brasileira, ainda existem lacunas na identificação e sistematização das ações efetivamente realizadas nos serviços.

No Brasil, embora não exista uma diretriz específica denominada Prática Centrada na Pessoa, seus princípios encontram-se incorporados de forma transversal em políticas estruturantes do Sistema Único de Saúde, especialmente na Política Nacional de Humanização, na Política Nacional de Atenção Básica e no modelo de atenção às condições crônicas, que orientam práticas como clínica ampliada, autocuidado apoiado, decisão compartilhada e corresponsabilização do usuário ¹⁵.

Diante disso, torna-se necessário compreender como a Prática Centrada na Pessoa tem sido operacionalizada no âmbito da APS. Portanto, o objetivo do presente estudo foi identificar as evidências observáveis sobre as ações de Prática Centrada na Pessoa no contexto da Atenção Primária à Saúde.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDO

Este trabalho trata-se de uma revisão de escopo, escrita em conformidade com a metodologia do Joanna Briggs Institute (JBI) Scoping Review Methodology Group, disponível em: <https://jbi.global/scoping-review-network/resources>. A revisão de escopo trata-se de uma abordagem que se baseia em evidências de variadas metodologias de pesquisa e que buscam informar a tomada de decisões e pesquisas baseadas em uma busca na literatura sobre determinado tópico. Esse tipo de estudo possibilita uma visão geral sobre um assunto, no qual a pesquisa é variada e abrangente ¹⁶, além de ser um método de pesquisa ideal para, dentre outros aspectos, identificar lacunas no cenário da pesquisa, nesse caso, na literatura, e ser precursora de revisões sistemáticas.¹⁷

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

A seleção dos artigos se deu a partir de três elementos principais, sendo estes o Conceito, a População e o Contexto (PCC). A estrutura PCC é um elemento guia importante na construção de metas claras e métricas de elegibilidade para a inclusão de estudos na revisão.¹⁷ Nessa ótica, em relação a cada elemento do PCC, o Conceito foi atribuído, obrigatoriamente, à necessidade de uma definição das principais características da Prática Centrada na Pessoa. Já a População foi referente às ações realizadas que se coadunavam com a definição da abordagem da prática centrada na pessoa, e o contexto ao local de realização do estudo que, nesse caso, deveria ser a Atenção Primária à Saúde, assim, estudos realizados em casas de apoio ou em ambientes de longa permanência foram descartados, bem como outros tipos de revisão e protocolo.

ESTRATÉGIA DE BUSCA

Foram utilizadas oito bases de dados: Cochrane Library, Google Acadêmico, Pro Quest, PubMed, Lilacs, Web of Science, Embase e Science Direct. Os termos “Person-Centred Practice”, “Primary Health Care”, “Person-Centred”, “Patient-Centred” e “Practices” foram utilizados de modo que se adequassem a cada base de dados. A combinação dos termos foi executada utilizando os termos booleanos “OR” – a fim de garantir uma maior quantidade de resultados com o uso de sinônimos – e “AND” para que os resultados fossem, de fato, relacionados aos objetivos da pesquisa. Ainda, foi utilizada uma variedade de tipos de estudo, tais como ensaios clínicos randomizados, pesquisa-ação participativa, estudos observacionais e estudos de caso coletivo, além de literatura cinzenta. Os resultados da busca podem ser observados no quadro 3.

Quadro 3 - Bases de dados, descritores utilizados e os respectivos resultados

BASE DE DADOS	DESCRITORES	RESULTADOS
COCHRANE LIBRARY	"Practices" AND "Person-centred" OR "patient-centred" AND "primary health care"	637
GOOGLE ACADÊMICO	("Person-centred practice") AND ("Primary Health Care")	12
PRO QUEST	("Person-centred practice") AND ("Primary Health Care")	290
PUBMED	("Practices") AND ("Person-centred") AND ("primary health care")	36
LILACS	(Practices) AND (Person-centred) OR (Patient-centred) AND (Primary Health Care)	406
WEB OF SCIENCE	Practices (All Fields) and Person-centred (All Fields) or Patient-centred (All Fields) and Primary Health Care (All Fields)	601
EMBASE	(practices AND 'person centred' OR 'patient centred') AND 'primary health care'	705
SCIENCE DIRECT	("Person-centred practice") AND ("Primary Health Care")	14
TOTAL		2701

Fonte: Elaborado pelos autores, Sobral, Ceará, Brasil, 2025.

SELEÇÃO DE ESTUDOS

Os estudos incluídos para a revisão foram selecionados por dois revisores (R1 e R2), de forma cega, e um terceiro revisor (R3) para mediar os conflitos. Após a obtenção dos estudos a partir das pesquisas nas bases de dados, eles foram exportados para o site Endnote (https://endnote.com/?srsltid=AfmBOooOwN46WiLPOQYyxHNIRFxQrhaw1JsHCsyETYxkiARJ2c_KI3kj), no qual foi possível realizar a exclusão dos artigos duplicados e criar um arquivo com os artigos restantes, para exportá-los ao software Rayyan. Esse software é uma importante ferramenta para produção de revisões sistemáticas, pois nele é possível agregar os revisores em uma equipe, fazer a exclusão e inclusão de artigos, fazer com que a seleção individual dos revisores seja de forma cega e organizar os passos de cada processo da pesquisa em um fluxograma.

A leitura de todos os estudos foi realizada pelos R1 e R2 individualmente, seguindo os critérios da estrutura PCC, isto é, excluindo os estudos que não se enquadravam no acrônimo

e, conseqüentemente, não respondessem à pergunta de pesquisa. Após a conclusão da seleção dos artigos pelos dois revisores, houve um momento com ambos os pesquisadores e o mediador da pesquisa, para que fosse analisado cada conflito entre R1 e R2. Como mediador, o R3 averiguou os motivos que levaram ao conflito de seleção e, a partir da justificativa de cada revisor e leitura do artigo, decidiu a inclusão ou exclusão do estudo.

EXTRAÇÃO DE DADOS

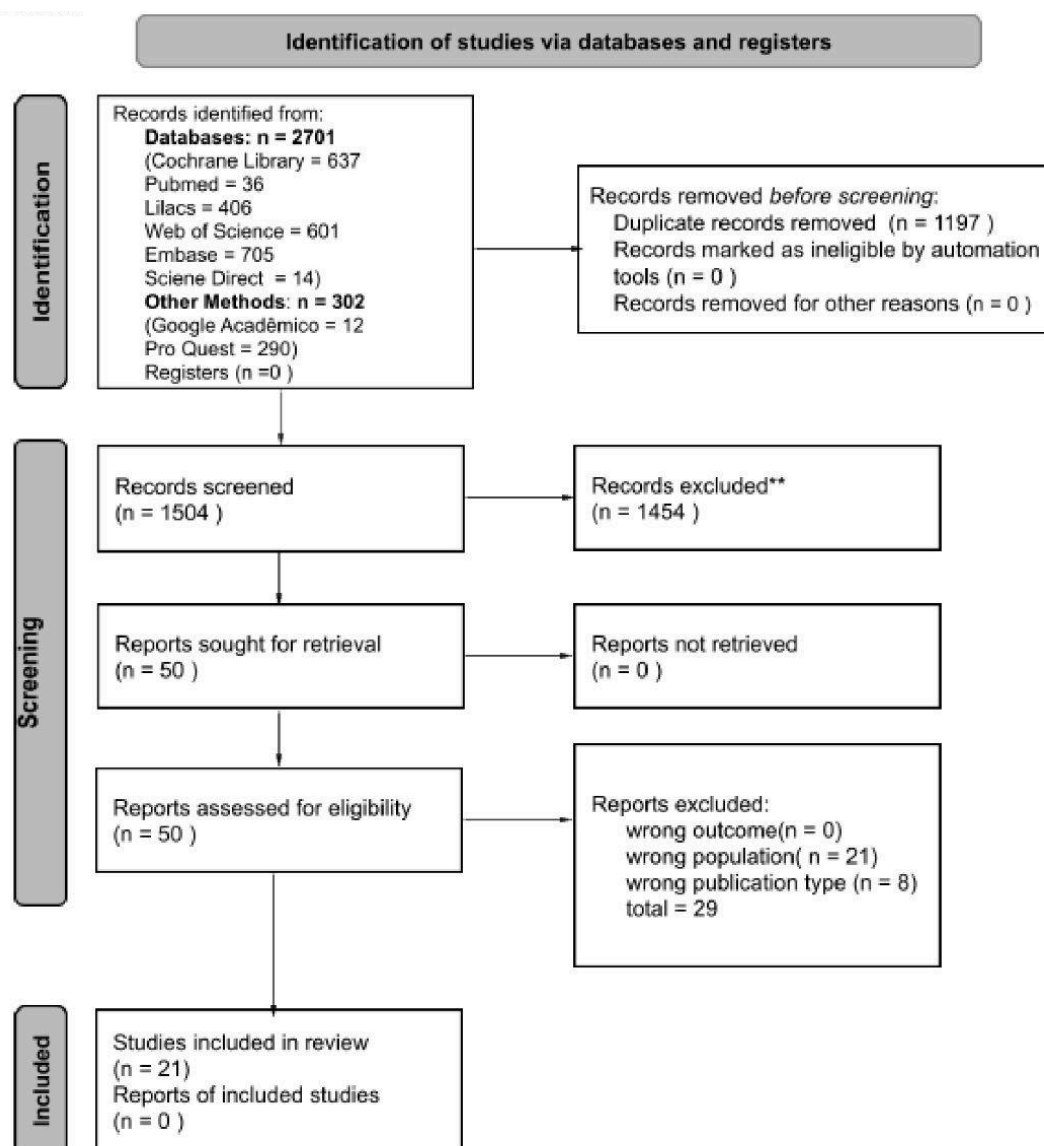
Os principais elementos dos estudos que se relacionavam com a abordagem PCP foram extraídos por dois avaliadores, os quais determinaram previamente as principais informações a serem inseridas em uma tabela, mediante à pergunta de pesquisa e em conformidade à estrutura PCC, ou seja, itens compostos por dados de potenciais interesses da pesquisa. Além disso, outros dados foram extraídos de cada estudo: autores, ano de publicação, tipo de estudo e objetivos do trabalho. Nesse sentido, o objetivo dessa etapa foi buscar, nos artigos selecionados, os aspectos que culminaram na inclusão do estudo e inserir tais dados em uma tabela, na qual os detalhes referentes às ações de práticas direcionadas à pessoa foram preenchidos, bem como as principais conclusões de cada trabalho. Os dados obtidos foram organizados de forma tabulada, em conformidade às características de uma revisão de escopo e podem ser observados no quadro 4 e 5.

APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

A declaração dos Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Meta-Análises (PRISMA) foi elaborada para colaborar os revisores a descreverem como a revisão foi realizada, bem como os interesses da pesquisa e métodos utilizados, ou seja, é utilizada como método para identificar, selecionar e sintetizar estudos.¹⁸ Assim, esse método foi utilizado nesta pesquisa.

Dos estudos identificados, 1.197 duplicados foram excluídos, restando 1.504 para análise de títulos e resumos. Nessa etapa, foram considerados apenas estudos realizados na APS, excluindo aqueles realizados em casas de apoio de longa permanência, a população de interesse para a pesquisa, nesse caso, caracterizado pelas as ações de PCP e as características consideradas como centradas na pessoa em cada ação e prática do estudo, sendo definido como o conceito. As etapas de seleção dos artigos estão detalhadas no fluxograma PRISMA, na figura 1.

Diagrama de fluxo PRISMA 2020 para novas revisões sistemáticas que incluíram pesquisas em bases de dados, registros e outras fontes



Após essas duas etapas de eliminação de estudos, houve a leitura de cada artigo na íntegra, de modo que fosse analisado cada aspecto da estrutura PCC, excluindo aqueles que não estavam em conformidade com os interesses da pesquisa e não respondiam à pergunta de pesquisa. Os estudos foram excluídos conforme a estratégia PCC quando não atendiam aos critérios definidos: fora do contexto, quando não realizados na Atenção Primária à Saúde; fora do conceito, quando não abordavam a Prática Centrada na Pessoa como foco principal; e fora da população, quando não envolviam participantes correspondentes ao escopo da revisão. Dessa forma, dos 50 artigos incluídos nessa etapa, foram excluídos 29, e a justificativa da exclusão pode ser observada na tabela 1:

Tabela 1 - Razão de exclusão de artigos após leitura na íntegra

Estudo	Razão da exclusão
Bertakis et al. (2010)	3
Brickley et al. (2021)	3
Dainty et al. (2018)	2
Dainty et al. (2020)	3
Schutz et al (2019)	3
Edwards et al. (2013)	3
Elder et al. (2017)	3
Ferrante et al. (2010)	2
Fortin et al. (2021)	3
Helitzer et al. (2011)	3
Jobe et al. (2020)	3
John et al. (2020)	2
John et al. (2021)	3

Kinnerslay et al. (1999)	3
Lavoie et al. (2013)	3
Mathew et al. (2023)	2
Metusela et al. (2021)	2
Miller et al. (2021)	3
The Comunicare Study (2019)	3
Nguyen et al. (2020)	3
O'Malley et al. (2015)	2
Rossom et al. (2016)	3
Røsstad et al. (2013)	3
Santiago et al. (2020)	3
Steel et al. (2024)	2
Turner et al. (2020)	3
Westfall et al. (2014)	2
Xiong et al. (2020)	3
Zhang et al. (2024)	3

LEGENDA:

Razão 1: Fora do Contexto

Razão 2: Fora de Conceito

Razão 3: Fora da População

Fonte: Elaborado por autores, Sobral, Ceará, Brasil, 2025.

RESULTADOS

Dos 21 artigos incluídos nesta revisão, 8 (30,09%) são do Continente Americano, 9 (42,85%) do continente Europeu, 3 (9,52%) da Oceania e 1 (4,76%) do continente Africano e Asiático.

Apesar de o Brasil possuir uma Atenção Primária à Saúde estruturada e reconhecida internacionalmente, a escassez de estudos sobre Prática Centrada na Pessoa pode estar relacionada a fatores conceituais e operacionais. No contexto brasileiro, os princípios da PCP encontram-se diluídos em políticas como a Política Nacional de Humanização, a Clínica Ampliada e a Estratégia Saúde da Família, não sendo frequentemente nomeados sob essa terminologia nas pesquisas científicas. Além disso, a produção nacional concentra-se mais em avaliação de acesso, cobertura e desempenho de programas do que em modelos relacionais de cuidado, bem como enfrenta limitações estruturais e de financiamento para pesquisas avaliativas qualitativas. Assim, a ausência de publicações não necessariamente indica inexistência da prática, mas uma diferença de abordagem conceitual e de agenda de pesquisa no país.

Tendo em vista o foco dessa revisão de escopo nas ações de PCP no contexto da APS, é importante destacá-las, tais como consultas utilizando a abordagem centrada na pessoa após treinamento dos profissionais, aplicação de instrumentos para avaliação da centralidade na pessoa durante as consultas, consulta estendida (30 a 60 minutos ao invés de 10 minutos), ações com os “patient advocates” - termo norte americano que se refere ao profissional que atua como facilitador e defensor dos interesses e necessidades dos pacientes dentro do sistema de saúde ¹⁹ -, desenvolvimento de registro de saúde interativo preventivo centrado na pessoa, realização de questionário antes e após a consulta para analisar as preferências dos pacientes e a percepção deles sobre a consulta, respectivamente, além de entrevistas semiestruturadas com profissionais e pacientes baseados na estrutura analítica de cuidados centrados na pessoa.

Nos estudos, as práticas mais citadas para garantir a efetividade na atenção primária incluem tomada de decisão compartilhada, consideração do contexto emocional e biopsicossocial do paciente, aliança terapêutica e envolvimento ativo do paciente, caracterizando a abordagem centrada na pessoa.

Quadro 4 - Principais informações dos estudos de ensaio clínico randomizado da abordagem centrada na pessoa a partir da estratégia PCC

AUTOR / ANO/PAÍS	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO	EXEMPLOS DE AÇÕES	CONCEITO	CONTEXTO	PRINCIPAIS CONCLUSÕES
Alamo; Moral; Torres. (2002) Espanha	Avaliar se consultas centradas no paciente são mais eficazes que o estilo usual de consultas realizados por clínicos gerais em pacientes com dor musculoesquelética crônica benigna e fibromialgia.	Ensaio clínico randomizado	Consultas com médico clínico geral após treinamento.	Comunicação apropriada, discussões em conjunto e decisões compartilhadas, informações claras ao paciente, perguntar sobre os medos e aflições do paciente e ter cuidado ao falar sobre a doença.	Centros de Saúde	O cuidado centrado na pessoa mostrou-se eficaz em 1 ano, especialmente em pacientes com dor musculoesquelética ou fibromialgia, em comparação ao tratamento convencional, sendo avaliada a efetividade geral da abordagem, não de seus componentes individuais.
Bertakis; Azari, (2011) Estados Unidos	Examinar a relação entre o atendimento centrado no paciente e a utilização de serviços de cuidado de saúde, por meio de um instrumento de análise interacional.	Ensaio clínico randomizado	Consultas feitas por clínicos gerais e médicos de família, gravadas em vídeo.	A interação clínica abrange a estrutura da consulta, história e exame do paciente, plano terapêutico, investigação de substâncias, valorização do conhecimento em saúde, dúvidas do paciente, serviços preventivos e aconselhamento.	Clínica Geral/ Clínica de Medicina Geral	O cuidado centrado na pessoa reduz custos, amplia o conhecimento do paciente, fortalece a confiança médico-paciente e diminui encaminhamentos, exames e internações, mas não deve ser adotado apenas por motivos econômicos.
Bertakis; Azari. (2012) Estados Unidos	Examinar a influência de gênero do paciente e do médico e a concordância de gênero no fornecimento da prática centrada na pessoa.	Ensaio clínico randomizado	Consultas com médicos, a partir da gravação das consultas.	A valorização do conhecimento do paciente abrange discussões pessoais, histórico e exame físico, feedback, plano terapêutico, educação em saúde e orientações sobre nutrição, exercícios, tabagismo e prevenção.	Clínica de medicina de família e medicina geral	A influência do gênero no cuidado centrado na pessoa é evidente: profissionais mulheres tendem a adotar mais essa abordagem, sobretudo com pacientes do mesmo sexo, enquanto tal relação não se observa entre profissionais homens.
Bradley et al. (2017) Estados Unidos	Fornecer uma justificativa e descrição da intervenção e do ensaio CHOICE	Ensaio clínico randomizado	Atendimento de enfermagem, utilizando o modelo de intervenção CHOICE (intervenção de aconselhamento estendida e de múltiplos contatos)	Cuidado colaborativo, envolver o paciente no cuidado, tomada de decisão compartilhada, envolvimento proativo, intervenções motivacionais, feedback de biomarcadores (entrevista motivacional e tomada de decisão compartilhada)	VA Puget Sound Health Care System	A abordagem do cuidado centrado na pessoa do modelo CHOICE propiciou uma redução do consumo excessivo de álcool e consumo abaixo dos limites recomendados sem sintomas comparado ao tratamento habitual para alcoolismo.
Cooper et al. (2013) Estados Unidos	Comparar a eficácia, ao longo de 12 meses, de um modelo padrão de cuidados colaborativos (CC) versus um modelo de CC centrado no paciente e adaptado culturalmente em pacientes afro-americanos com transtorno depressivo maior.	Ensaio Clínico Randomizado	Intervenção clínica após treinamento de habilidades de comunicação.	As barreiras de acesso envolvem percepção da doença, espiritualidade, preocupações com o tratamento, estressores sociais específicos dos afro-americanos e dificuldades de comunicação, como baixa alfabetização em saúde e participação restrita nas decisões.	Clínicas de cuidados primários comunitários	Ambas as intervenções mostraram melhorias em 12 meses, mas os pacientes do cuidado colaborativo centrado na pessoa relataram maior melhora no funcionamento da saúde mental, percepção de participação do clínico e apoio do gerente de cuidados, enquanto no cuidado padrão houve maior aumento das taxas de tratamento.
Stark et al. 2021) Alemanha	Discutir a influência da comunicação na satisfação do paciente.	Estudo clínico randomizado	Consultas realizadas por médico.	Troca comunicativa, tomada de decisão conjunta, educar o paciente, compreensibilidade, rastreabilidade, discutibilidade, consentimento e ideias	Redes de práticas independentes	A comunicação centrada no paciente contribui para a satisfação, mas não a garante; fatores como um vínculo médico-paciente longo e estável também são determinantes.

Cooper et al. (2011) Estados Unidos	Comparar a eficácia de intervenções centradas no paciente, direcionadas a pacientes e médicos, com a eficácia de intervenções mínimas para grupos carentes.	Ensaio clínico randomizado	Intervenção clínica após treinamento de habilidades de comunicação para o médico e uma intervenção denominada “coaching pré-visita” para o paciente.	Comportamentos de comunicação do médico, avaliações de pacientes sobre o estilo de tomada de decisão participativa, envolvimento do paciente no cuidado, Adesão do paciente, Pressão arterial.	Atendimento primário comunitário	Em comparação a intervenções mínimas, aquelas que aprimoram a comunicação médica e incentivam a participação do paciente favorecem a comunicação centrada no cuidado, aumentam a percepção de envolvimento e podem reduzir a pressão arterial sistólica em afro-americanos urbanos com hipertensão não controlada.
Fors et al. (2015) Suécia	Avaliar se o cuidado centrado na pessoa pode melhorar a autoeficácia e facilitar o retorno ao trabalho ou ao nível de atividade anterior em pacientes após um evento de síndrome coronariana aguda.	Ensaio clínico randomizado	Consultas com enfermeiros e médicos especializados no cuidado centrado na pessoa.	Envolver e capacitar o paciente como parceiros ativos em seus cuidados, por meio, também, da tomada de decisão compartilhada	Contexto hospitalar, ambulatorial e de cuidados primários.	A abordagem centrada na pessoa aumentou a autoeficácia dos pacientes sem afetar eventos clínicos, ressaltando a importância de uma parceria colaborativa por meio de um plano GPCC iniciado no hospital e mantido na atenção primária.
Krist et al. (2011) Estados Unidos	Tornar a tecnologia da informação em saúde mais centrada no paciente, transformando os sistemas de informação dos ambientes de cuidados primários.	Desenho misto (Ensaio Clínico Randomizado / Estudo Prospectivo)	Desenvolvimento de um registro de saúde interativo preventivo (IPHR) centrado no paciente.	Ampliar o aconselhamento em saúde, explicar resultados, enviar lembretes automáticos, alertar clínicos sobre serviços necessários e elaborar planos de prevenção personalizados.	Virginia Ambulatory Care Outcomes Network (ACORN)	O Registro de Saúde Preventivo Interativo (IPHR) integra o cuidado centrado na pessoa, podendo ser aplicado a outros sistemas para engajar e informar pacientes, mas requer melhorias em funcionalidades e monitoramento de desempenho.
Mann et al. (2018) Inglaterra e Escócia	Avaliar o efeito na centralidade do paciente de um novo modelo de computador usado em revisões de multimorbidade.	Avaliação qualitativa de um ensaio clínico randomizado	Utilização de um modelo exibido no computador para guiar o atendimento com médicos e enfermeiros.	Foco na doença e experiência do paciente, explorando motivos da visita e informações necessárias; abordagem biopsicossocial para compreender emoções e vida pessoal; acordo mútuo sobre o manejo; e fortalecimento da relação contínua paciente-médico.	Consultórios de médicos gerais	Foi possível identificar questões importantes para os pacientes, como saúde, qualidade de vida e humor, revelando necessidades não atendidas e uma agenda individualizada, sendo percebido como cuidado mais pessoal, com sensação de ser ouvido e liberdade para levantar outras preocupações.
Salisbury et al. (2018) Reino Unido	Implementar uma nova abordagem para gerenciar pacientes com multimorbidade na atenção primária e avaliar sua eficácia.	Ensaio clínico randomizado	Utilização de um modelo de intervenção por meio de uma revisão multidisciplinar.	Revisão 3D: consulta com enfermeiro para identificar problemas prioritários, impactos na vida, situação social e fatores de saúde; com farmacêutico para revisar e simplificar medicamentos; e com médico para discutir adesão, prioridades e objetivos do paciente.	National Health Service (NHS)	A intervenção 3D elevou a percepção dos pacientes sobre a qualidade do cuidado, sem alterar a qualidade de vida, possivelmente pelo curto período do estudo. Sem efeitos negativos no manejo ou uso hospitalar, o cuidado centrado na pessoa justifica sua implementação.
Wolf; Vella; Fors. (2019) Suécia	Avaliar os efeitos do cuidado centrado na pessoa nas experiências de cuidado dos pacientes, e em relação ao nível educacional, após uma síndrome coronariana aguda.	Ensaio clínico randomizado	Tratamento cardíaco centrado na pessoa aliado ao tratamento padrão realizado por médico.	Informação e educação, coordenação de cuidados, conforto físico, apoio emocional, respeito às preferências do paciente, envolvimento de familiares e amigos, continuidade e transição e impressão geral.	Contexto hospitalar, ambulatorial e centros de atenção primária.	O cuidado centrado na pessoa após síndrome coronária aguda melhora a experiência dos pacientes, especialmente os de menor escolaridade, em informação, documentação compartilhada e participação nas decisões.

Quadro 5 - Principais informações dos demais tipos de estudos da abordagem centrada na pessoa a partir da estratégia PCC

AUTOR / ANO / PAÍS	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO	EXEMPLOS DE AÇÕES	CONCEITO	CONTEXTO	PRINCIPAIS CONCLUSÕES
Balqis-Ali et al. (2022) Malásia	Avaliar o modelo de medição do cuidado centrado na pessoa, além de examinar os atributos de provedores de saúde e como eles afetam a entrega de processos centrados na pessoa;	Estudo transversal	Consultas com os profissionais de saúde.	Prestação de cuidados por meio de atividades como considerar crenças e valores do paciente, engajar, demonstrar presença simpática, compartilhar decisões e oferecer cuidado holístico..	Clínicas de saúde primária	A adoção do cuidado centrado na pessoa pelos profissionais é essencial para criar um ambiente propício à sua prática, sendo igualmente importante treiná-los nos valores e crenças dessa abordagem.
Bogerd et al. (2024) Holanda	Descrever a cocriação e teste piloto de uma abordagem de cuidado crônico proativa e centrada na pessoa para indivíduos com multimorbidades na prática geral, incluindo facilidades e desafios referentes à sua aplicação.	Pesquisa-ação participativa	Cocriação de uma ferramenta baseada na escolha adequada do público, consultas estendidas, acordos personalizados e acompanhamento.	Consultas de 30 a 60 minutos permitem discutir saúde, necessidades, objetivos pessoais, contexto e preferências do paciente, além de promover a tomada de decisão compartilhada e acompanhamento pós-consulta.	Huisartsen Zuid-Kennemerland (HZK)	A abordagem centrada na pessoa em pacientes com múltiplas morbidades crônicas favoreceu a compreensão de suas condições, prioridades e dilemas, além de melhorar a satisfação dos profissionais de saúde.
Brickley et al. (2020) Austrália	Explorar as percepções e experiências do cuidado centrado no paciente por médicos generalistas e "patients advocates".	Pesquisa qualitativa	Sessões de grupos focais realizadas com médicos gerais e "patients advocates", pessoas que auxiliam os pacientes nos itinerários pelos serviços de saúde.	Compreender a pessoa como um todo, encontrar um ponto em comum, vivenciar o tempo com os pacientes e almejar resultados positivos.	Clínica geral de cuidados primários	Médicos e <i>patients advocates</i> compartilharam concepções sobre o cuidado centrado na pessoa, ainda que com variações individuais, e o estudo contribui à literatura ao trazer novas perspectivas dessa prática em ambos os grupos.
Cramm; Nieboer. (2018) Holanda	Validar um instrumento para a avaliação do PCC entre pacientes	Estudo Metodológico	Consultas com médicos e enfermeiros.	Considerar preferências dos pacientes, fornecer informação e educação, facilitar acesso aos cuidados, oferecer apoio emocional, envolver familiares nas decisões, garantir continuidade e transição segura, conforto físico e coordenação por equipes multidisciplinares.	Clínicas de saúde da atenção primária	O instrumento PCPC de 36 itens apresentou boas propriedades psicométricas, mostrando-se promissor para avaliar o cuidado centrado no paciente em indivíduos com multimorbidade na atenção primária.
Kinmonth; Spiegel; Woodcock. (1996) Reino Unido	Desenvolver um programa de treinamento viável/teoricamente fundamentado em consultoria centrada no paciente, para avaliação em um ensaio clínico	Estudo observacional	Consultas com médicos e enfermeiros	Reconhecer e praticar habilidades de consultoria centrada no paciente: agenda do paciente, ouvir,	National Health Service	Desenvolver programas de treinamento com a ajuda de equipes de atenção primária garante relevância e viabilidade. A consulta centrada na pessoa exige uma mudança dos padrões

	randomizado e controlado de cuidados com diabetes desde o diagnóstico.		após treinamento em consultoria centrada no paciente.	negociar, estruturar e mudar modelos.		habituais. Os profissionais estão implementando a abordagem na prática, e o impacto nos pacientes está agora sob avaliação no ensaio controlado randomizado.
Little et al. (2001) Inglaterra	Identificar as preferências dos pacientes para consulta centrada no paciente na clínica geral.	Estudo observacional	Percepção do paciente após a consulta sobre o atendimento médico recebido.	Considerar a perspectiva, preocupações e expectativas do paciente, compreender sua vida e o impacto da doença, buscar pontos em comum entre médico e paciente, promover saúde por prevenção e diagnóstico precoce, e estabelecer cuidado e decisões compartilhadas.	Salas de espera de três consultórios médicos	A maioria dos pacientes prefere fortemente o cuidado centrado na pessoa, envolvendo principalmente comunicação, parceria e promoção da saúde. Médicos devem estar atentos àqueles com forte preferência, especialmente pacientes psicossocialmente vulneráveis ou com queixas específicas.
Moona et al. (2024) Finlândia	Comparar as percepções de pacientes frequentadores frequentes (FAs) de ambientes de atenção primária, de longo e curto prazo, sobre a centralidade no paciente e avaliar a equivalência da estrutura fatorial do instrumento de atenção primária centrada no paciente.	Pesquisa transversal	Consultas com médicos e enfermeiros.	Preferências dos pacientes; Conforto físico; Coordenação do atendimento; Continuidade e transição; Suporte emocional; Acesso ao cuidado; Informação e educação; Família e amigos	Centros Sociais e de Saúde	Baixas pontuações de centralidade na pessoa entre pacientes frequentes indicam que suas necessidades não estão sendo atendidas, sendo que pacientes de longo prazo percebem menor centralidade do que os de curto prazo. Os principais desafios na atenção primária envolvem colaboração e troca de informações entre profissionais e setores.
Twungubumwe et al. (2020) Burkina Faso	Compreender o significado atribuído à abordagem centrada na pessoa no contexto de cuidados de Burkina Faso e identificar os desafios relacionados à sua adoção na perspectiva de profissionais de saúde e dos pacientes.	Desenho de pesquisa qualitativa	Consultas com pacientes realizadas por enfermeiros, médicos e auxiliares.	Considerar o contexto biopsicossocial do paciente, enxergar profissional e paciente como pessoas, compartilhar poder e responsabilidades, e construir uma aliança terapêutica.	Centros de saúde e promoção social (HSPC);	A adoção rotineira da prática centrada na pessoa é desafiadora, sendo necessárias otimizações, como criar um ambiente mais acolhedor e reorientar o treinamento dos profissionais para maior sensibilidade à especificidade cultural dos pacientes.
Brickley et al. (2022) Austrália	Apresentar a análise das perspectivas e experiências do cuidado centrado no paciente (PCC) durante a pandemia por equipes de clínica geral de alto desempenho na Austrália.	Estudo de caso coletivo	Consultas com clínicos gerais.	Compreender a pessoa como um todo, encontrar um ponto em comum, vivenciar o tempo, buscar resultados positivos, considerar o sistema e colaborar no atendimento, e otimizar o ambiente da clínica geral.	Clínica geral de alto desempenho	Apesar dos desafios da pandemia, as equipes mantiveram o foco no cuidado centrado na pessoa, usando proatividade, liderança, cultura centrada no paciente e tecnologias inovadoras.

A análise dos estudos incluídos evidenciou um conjunto amplo e heterogêneo de ações voltadas à PCP na Atenção Primária à Saúde, contemplando desde intervenções clínicas estruturadas até instrumentos avaliativos e processos de cocriação com usuários e profissionais. Nos ensaios clínicos randomizados, destacaram-se iniciativas como treinamentos formais em comunicação centrada no paciente ^{21,25}, utilização de programas multimídia interativos ^{22,23,25,29}, coaching pré-consulta ²⁷ e modelos de acompanhamento colaborativo ^{21,22,23,29}, que resultaram em maior adesão terapêutica ^{25,29}, melhor controle de condições crônicas ^{21,27}, fortalecimento da relação médico-paciente ^{22,26,28,30,32} e impacto positivo em desfechos clínicos específicos ^{24,25}.

Em síntese observou-se que as ações de PCP na APS foram diversas e inovadoras, convergindo para três grandes eixos: qualificação profissional, instrumentalização da prática e fortalecimento da relação terapêutica. O primeiro eixo envolveu treinamentos de médicos, enfermeiros e equipes multiprofissionais em habilidades de comunicação, escuta ativa e consultoria centrada no paciente capacitando-os a considerar valores, crenças, expectativas e contexto sociocultural dos usuários ^{21,23,25,26,31,33,35,36,40,41}. O segundo eixo destacou a utilização de instrumentos avaliativos, registros eletrônicos interativos e ferramentas de apoio à decisão, que possibilitaram consultas estruturadas, coleta sistemática de preferências, acompanhamento longitudinal e ajustes terapêuticos personalizados ^{22,29,30,34,36,39}. O terceiro eixo se expressou em práticas de consulta ampliada, compartilhamento de decisões clínicas, estímulo à participação do paciente e de seus familiares, integração do cuidado biopsicossocial e promoção de vínculos sustentados ^{22,23,26,30,35,37,38,40,41}. Em conjunto, essas ações evidenciam uma mudança paradigmática do cuidado, no qual o paciente deixa de ser receptor passivo para assumir papel ativo em sua trajetória de saúde, resultando em maior adesão ao tratamento, melhor experiência de cuidado e impacto positivo em desfechos clínicos.

DISCUSSÃO

O presente estudo buscou mapear ações e práticas centradas na pessoa no contexto da atenção primária à saúde, analisando sua efetividade e métodos de aplicação. Nesse contexto, de acordo com os estudos, foi possível perceber que a utilização da PCP resultou em melhora na resposta ao tratamento da dor musculoesquelética crônica e sofrimento psicológico ²¹, maior incentivo à adesão ao tratamento em pacientes com depressão ²⁵, redução do consumo de álcool ²⁴, diminuição da pressão arterial sistólica em hipertensos e melhora na percepção do paciente sobre seus cuidados ²⁷, além de alguns pacientes considerarem o seu atendimento mais pessoal do que o usual ³⁰, tendo a oportunidade de serem ouvidos, fazendo-os se sentirem confortáveis para levantar outras preocupações.

Sob essa perspectiva, a adoção de práticas de cuidado mais holísticas, de caráter biopsicossocial, em vez de uma abordagem de estrutura biomédica, impacta em melhores resultados de saúde.⁴² Isso pôde ser observado nos estudos que apontaram a redução dos sintomas da doença do paciente, tais como alcoolismo ²⁴ e hipertensão arterial ²⁷, quando comparado ao tratamento convencional. Além disso, a promoção do autogerenciamento de saúde do paciente, a partir de modelos de ações de PCP, reverberam nesses resultados positivos de melhora nas condições de saúde, uma vez que capacitam o paciente a tomar decisões ativas sobre sua própria condição.⁴³ Em um ensaio clínico randomizado, Salisbury *et al.*³¹ não mostrou evidências sobre a melhora na qualidade de vida e autocuidado de pacientes com multibordidades, mas reconheceu que a abordagem de práticas mais centrado na pessoa melhora a percepção do paciente sobre seu cuidado, e a garantia de um cuidado com essa abordagem é justificativa suficiente para sua implementação, em especial por não estar relacionado a desvantagens no manejo dos pacientes.

Um estudo ²² apontou uma redução da necessidade de exames diagnósticos e encaminhamentos do paciente, ou seja, uma diminuição na utilização de recursos médicos, sendo uma possível explicação desses resultados a maior participação do paciente na consulta e redução da ansiedade, garantindo maior confiança na relação médico-paciente. Isso levanta um questionamento acerca da resolatividade dos sistemas de saúde baseados majoritariamente no diagnóstico da situação biológica do indivíduo, sem considerar o contexto ao qual ele se insere.

John e colaboradores ⁴³, ao avaliarem o autogerenciamento do paciente a partir da abordagem centrada na pessoa, pontuaram a importância do período de acompanhamento dos usuários, de forma longitudinal, para a observação dos efeitos da abordagem de PCP. Sendo assim, a continuidade do cuidado na APS e a manutenção do vínculo entre profissional e paciente resulta em maior satisfação do paciente e resultados positivos quanto à adesão ao tratamento.⁴⁴ Tendo isso em vista, a metodologia aplicada na realização dos estudos, em especial o período de tempo utilizado na pesquisa, pode influenciar nos resultados e na real efetividade da prática centrada na pessoa. Stark ²⁶ ao analisar a relação entre comunicação centrada no paciente e satisfação, destacou que a continuidade e estabilidade do vínculo médico-paciente também são fundamentais, além da abordagem centrada na pessoa.

Em via contrária aos resultados positivos explicitados, o estudo de Salisbury ³¹ não houve melhora na qualidade de vida dos pacientes com a abordagem centrada na pessoa, e algumas das justificativas que podem ser consideradas para esse resultado são as ferramentas de mensuração as quais podem não ser suficientes para detectar mudanças na qualidade de vida e o período de tempo de acompanhamento, haja vista que em relação a multimorbidade, resultados positivos poderiam ser observados posteriormente. Quanto à melhora de sintomas dos pacientes, Kinnorsley ⁴⁵ considera esse resultado como relativo, pois, pacientes com

doenças autolimitantes, por exemplo, terão uma recuperação mais rápida e esperada, diferente de pacientes com doenças crônicas, em especial aqueles com sintomas iniciais, que terão uma recuperação mais demorada, e isso pode impactar nos resultados da avaliação desse parâmetro.

Entretanto, a percepção negativa sobre o serviço de saúde pode se tornar mais evidente quando leva-se em consideração pacientes que utilizam o serviço há mais tempo, como Moona et al ³⁹ demonstrou ao investigar sobre a percepção da abordagem PCP em um grupo de pacientes, constatando que eles forneceram uma pontuação relativamente baixa para centralização do paciente na APS. Ademais, os pacientes que eram frequentadores assíduos do serviço de saúde há mais tempo tiveram uma percepção mais negativa quando comparados aos que eram frequentadores assíduos há menos tempo.

Na amostra do presente estudo houve uma homogeneidade no período de publicação, que ocorreu entre 1996 a 2024, sendo 1 artigo por ano ^{21,23,24,25,26,28,32,37,38}, com exceção dos anos de 2011^{22, 27, 29} e 2018 ^{30,31,36} - apresentando 3 artigos cada - e 2020 ^{35,40}, 2022 ^{33,41} e 2024 ^{34,39} com 2 artigos em cada ano. Sobre a localização geográfica dos artigos, destaca-se a ausência de estudos primários realizados em países latino-americanos na amostra, considerando os critérios para a inclusão nesta revisão de escopo, o que torna mais explícita a necessidade da realização dessa pesquisa a fim de mapear as evidências da PCP em diferentes contextos e de ter um entendimento mais amplo da prática e como ela pode ser aplicada em um país da América Latina.

No Brasil, a aplicação de ações de PCP é um desafio, seja pela falta de recursos e condições do ambiente de saúde, seja pela escassez de estudos empíricos da abordagem, o que torna necessário a implementação de uma política nacional que integre as características das ações de prática centrada na pessoa com o que já é implementado como holístico nos serviços

de saúde primário ⁴⁶. Essa situação se torna importante considerando que o Brasil é um país cujo SUS tem como princípios norteadores a equidade e a integralidade, no qual ferramentas baseadas no PCP podem ser um meio para seguir tal princípio de maneira mais precisa e adequada às necessidades do usuário do serviço público de saúde.

Sendo assim, no contexto brasileiro, embora a literatura utilize com menor frequência a terminologia “Prática Centrada na Pessoa”, diversas iniciativas históricas do SUS apresentam forte convergência com esse referencial. A Política Nacional de Humanização introduziu dispositivos como acolhimento, escuta qualificada, clínica ampliada e projeto terapêutico singular, que valorizam a autonomia e a corresponsabilização do usuário no cuidado ⁴⁷. De forma semelhante, o processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde, especialmente na Estratégia Saúde da Família, prioriza vínculo longitudinal, cuidado familiar e territorialização, aproximando-se dos princípios da PCP ao considerar o sujeito em seu contexto biopsicossocial ⁴⁸. Entretanto, observa-se certo distanciamento quando a prática cotidiana permanece orientada por demandas biomédicas, alta carga assistencial e organização centrada em procedimentos, limitando a efetiva tomada de decisão compartilhada ⁴⁹. Assim, a experiência brasileira não se configura como ausência da abordagem centrada na pessoa, mas como uma incorporação parcial e heterogênea, marcada por convergências conceituais e desafios operacionais na sua implementação.

A atuação centrada na pessoa, embora fundamental em variados contextos de saúde, torna-se pertinente, em especial, na atenção primária, espaço no qual os pacientes anseiam um maior cuidado centrado na pessoa em consultas com médicos de família.¹⁴ (Lopes; Ribeiro, 2015). Os achados da literatura a esse respeito se fazem presentes nos artigos desta revisão, tendo em vista que entre os 21 artigos da amostra, 20 deles citaram a participação do médico - com a especificação de Clínicos Gerais em 9 artigos, especialistas em Medicina da Família

em 2 e médicos Diretores de Saúde em 1 -, representando aproximadamente 95% dos artigos analisados. Ademais, o enfermeiro foi o segundo profissional mais citado, fazendo parte de 11 dos 21 artigos, equivalente a aproximadamente 52,3% da amostra total. Sendo citado em 2 artigos, o farmacêutico foi o profissional referenciado em aproximadamente 9,5% da amostra. Além disso, outros profissionais também foram vinculados ao atendimento centrado na pessoa, como nutricionista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e assistente médico, sendo cada um deles citado em 1 artigo.

Outro fator relevante no que tange à aplicação da abordagem centrada na pessoa é a influência do gênero do paciente. Segundo Bertakis ⁵⁰, médicas do gênero feminino oferecem consultas com maior aconselhamento psicossocial, com características mais humanísticas, quando comparadas a consultas com médicos no gênero masculino, que costumam ser mais técnicos. Em um dos artigos selecionados na amostra ²³, é discutido essa relação médico-paciente no que tange ao gênero, o qual embora não tenha corroborado a hipótese de que pacientes do gênero feminino teriam consultas mais centradas na pessoa, apontou que médicas podem apresentar comportamentos mais centrados na pessoa em relação aos médicos, com hipótese parcialmente confirmada. Diferentes resultados em relação a essa questão podem estar relacionados a metodologia aplicada, incluindo diferentes maneiras de análise interacional.

Além disso, a utilização da tecnologia na busca de garantia da PCP se mostrou importante. Isso porque os pacientes buscam rotineiramente informações de saúde em seus aparelhos eletrônicos e, dessa forma, ferramentas de cunho tecnológico devem acompanhar essa necessidade dos pacientes, a exemplo com a criação de prontuários de saúde eletrônicos centrados no paciente.⁵¹ Assim, registros de saúde pessoal têm grande potencial na criação e vínculo entre paciente e profissional.⁵²

Apesar dos benefícios da PCP, sua implementação enfrenta barreiras. Bogerd et al. (2024)³⁴ demonstrou que os médicos e enfermeiros que tentavam implementar uma ferramenta de cuidado centrado na pessoa enfrentaram diversas dificuldades relacionadas à definição do grupo-alvo, tempo de consulta e insuficiência de treinamento. Além disso, é desafiador manter a abordagem centrada no paciente na rotina, exigindo um ambiente confortável e propício a um cuidado holístico⁵³. Esses fatores são especialmente relevantes em países com serviços públicos robusto, de grande proporção populacional e de considerável disparidade social, como o Brasil.

Este estudo apresenta como principais limitações a lacuna geográfica ocasionada pela falta de estudos primários envolvendo os países latino-americanos, isso limita a aplicabilidade das evidências encontradas no contexto desses países. A ausência de estudos em língua portuguesa também pode estar relacionada à indisponibilidade de versões validadas dos principais instrumentos de avaliação da Prática Centrada na Pessoa para o português, o que dificulta sua aplicação em serviços de saúde e limita a produção científica nacional sobre o tema. Além disso, há também limitações inerentes ao tipo de estudo deste trabalho, que não avaliou a qualidade da síntese de evidência dos estudos selecionados. Por fim, os estudos selecionados não se mostram uniformemente conclusivos quanto à eficácia da aplicação do PCP no contexto da APS, sendo necessário mais estudos para tornar mais evidente a relação causal desse tipo de abordagem e os possíveis impactos biopsicossociais gerados por ele.

CONCLUSÃO

Esta revisão de escopo, com base em 21 estudos, analisou a Prática Centrada na Pessoa na Atenção Primária à Saúde. A PCP, por meio de ações como tomada de decisão compartilhada, valorização do contexto biopsicossocial e fortalecimento da aliança terapêutica, apresenta impactos positivos na experiência do paciente e em desfechos clínicos,

como maior adesão ao tratamento, melhor controle de condições crônicas e redução de sintomas. Sua implementação, contudo, enfrenta desafios relacionados a treinamento, tempo de consulta e recursos. Observa-se ainda a escassez de pesquisas na América Latina, especialmente no Brasil, reforçando a necessidade de estudos futuros e adaptação de estratégias de PCP alinhadas aos princípios do SUS.

REFERÊNCIAS

1. Giesen J, Timmerman I, Annick Bakker-Jacobs, Marjolein Berings, Getty Huisman-de Waal, Anneke Van Vught, et al. What can nurses learn from patient's needs and wishes when developing an evidence-based quality improvement learning culture? A qualitative study. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2024 Mar 25;38(3).
2. McCormack B, McCance TV. Development of a Framework for person-centred Nursing. *Journal of Advanced Nursing* [Internet]. 2006 Dec;56(5):472–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17078823/>
3. Ventura F, Moreira IMPB, Raposo V, Queirós PJP, Mendes A. A prática centrada na pessoa: da idiossincrasia do cuidar à inovação em saúde. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2022;38(10). Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/XqTPYGGJTqsWhC3HFXcGQJ6r/?format=pdf&lang=pt>
4. Balqis-Ali NZ, Saw PS, Jailani AS, Yeoh TW, Fun WH, Mohd-Salleh N, et al. Protocol for a cross-sectional study measuring person-centredness among healthcare providers in Malaysian primary care clinics: the adaptation and validation of the Person-Centred Practice Inventory-Staff (PCPI-S) Questionnaire. *BMJ Open*. 2020 Mar;10(3):e034128.
5. Castro RCL de, Knauth DR. Papel dos atributos dos profissionais médicos na produção da abordagem centrada na pessoa em atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2022 Feb;27(2):803–12.
6. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-Centered Medicine*. CRC Press; 2013.
7. Esperidião M, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005 Dec;10(suppl):303–12.
8. Levitan SE, Schoenbaum SC. Patient-centered care: Achieving Higher Quality by Designing Care through the Patient's Eyes. *Israel Journal of Health Policy Research* [Internet]. 2021 Mar 5;10(1):1–5. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7934513/>
9. Roter DL. Communication Patterns of Primary Care Physicians. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 1997 Jan 22;277(4):350.
10. Wanderley V de S, Araújo KFG de, Santos MM de M, Maroja JLS, Muñoz RL de S. Identificando elementos do cuidado centrado na pessoa: estudo qualitativo a partir da perspectiva de pacientes hospitalizados. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde* [Internet]. 2020 Nov 21;41(2Supl):283–308. Available from: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/37599/28326>

11. Giovanella L, Mendonça MHM de, Almeida PF de, Escorel S, Senna M de CM, Fausto MCR, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2009 May 1;14(3):783–94. Available from:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/XLjsqcLYxFDf8Y6ktM4Gs3G/?lang=pt&format=html>
12. Fernandes LCL, Bertoldi AD, Barros AJD. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*. 2009 Aug;43(4):595–603.
13. Meira SRC, Oliveira A de SB, Santos CO. A contribuição da auditoria para a qualidade da gestão dos serviços de saúde / The audit's contribution to the quality of health service management. *BRAZILIAN JOURNAL OF BUSINESS* [Internet]. 2021 Mar 15;3(1):1021–33. Available from:
<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJB/article/view/26310>
14. Lopes JMC, Ribeiro JAR. A pessoa como centro do cuidado na prática do médico de família. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2015 Mar 31;10(34):1–13.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
16. Peters MDJ, Marnie C, Tricco AC, Pollock D, Munn Z, Alexander L, et al. Updated Methodological Guidance for the Conduct of Scoping Reviews. *JBIC Evidence Synthesis* [Internet]. 2020 Sep 22;18(10):2119–26. Available from:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33038124/>
17. Brera AS, Arrigoni C, Magon A, Conte G, Belloni S, Bonavina L, et al. A scoping review of decision regret in non-communicable diseases: the emerging roles of patient-clinician communication, psychological aspects, and medical outcomes. *Patient Education and Counseling* [Internet]. 2024 Oct 1 [cited 2024 Oct 20];108478–8. Available from:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399124003458>
18. Pollock D, Evans C, Jia RM, Alexander L, Pieper D, de B, et al. “How-To:” Scoping Review?. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2024 Oct 1;176:111572–2.
19. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. A declaração PRISMA 2020: diretriz atualizada para relatar revisões sistemáticas. *Revista Panamericana de Salud Pública* [Internet]. 2022 Dec 30;46:1. Available from:
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56882/v46e1122022.pdf?sequence=5>

20. Abbasinia M, Ahmadi F, Kazemnejad A. Advocacia do paciente em enfermagem: uma análise conceitual. *Ética em Enfermagem*. 20 de maio de 2020;27(1):141–51.
21. Alamo MM, Moral RR, Pérula de Torres LA. Evaluation of a patient-centred approach in generalized musculoskeletal chronic pain/fibromyalgia patients in primary care. *Patient Education and Counseling*. 2002 Sep;48(1):23–31.
22. Bertakis KD, Azari R. Patient-Centered Care is Associated with Decreased Health Care Utilization. *The Journal of the American Board of Family Medicine* [Internet]. 2011 May 1;24(3):229–39. Available from: <https://www.jabfm.org/content/24/3/229>
23. Bertakis KD, Azari R. Patient-Centered Care: The Influence of Patient and Resident Physician Gender and Gender Concordance in Primary Care. *Journal of Women's Health*. 2012 Mar;21(3):326–33.
24. Bradley KA, Ludman EJ, Chavez LJ, Bobb JF, Ruedebusch SJ, Achtmeyer CE, et al. Patient-centered primary care for adults at high risk for AUDs: the Choosing Healthier Drinking Options In primary Care (CHOICE) trial. *Addiction Science & Clinical Practice*. 2017 May 17;12(1).
25. Cooper LA, Ghods Dinoso BK, Ford DE, Roter DL, Primm AB, Larson SM, et al. Comparative effectiveness of standard versus patient-centered collaborative care interventions for depression among African Americans in primary care settings: the BRIDGE Study. *Health Services Research* [Internet]. 2013 Feb 1;48(1):150–74. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22716199>
26. Stark S, Worm L, Kluge M, Roos M, Burggraf L. The patient satisfaction in primary care consultation—Questionnaire (PiC): An instrument to assess the impact of patient-centred communication on patient satisfaction. Gremigni P, editor. *PLOS ONE*. 2021 Jul 16;16(7):e0254644
27. Cooper LA, Roter DL, Carson KA, Bone LR, Larson SM, Miller ER, et al. A Randomized Trial to Improve Patient-Centered Care and Hypertension Control in Underserved Primary Care Patients. *Journal of General Internal Medicine*. 2011 Jul 6;26(11):1297–304.
28. Fors A, Ekman I, Taft C, Björkelund C, Frid K, Larsson ME, et al. Person-centred care after acute coronary syndrome, from hospital to primary care — A randomised controlled trial. *International Journal of Cardiology*. 2015 May;187:693–9.
29. Krist AH, Peele E, Woolf SH, Rothemich SF, Loomis JF, Longo DR, et al. Designing a patient-centered personal health record to promote preventive care. *BMC Medical Informatics and Decision Making*. 2011 Nov 24;11(1)

30. Mann C, Shaw A, Wye L, Salisbury C, Guthrie B. A computer template to enhance patient-centredness in multimorbidity reviews: a qualitative evaluation in primary care. *British Journal of General Practice*. 2018 May 21;68(672):e495–504.
31. Salisbury C, Man MS, Bower P, Guthrie B, Chaplin K, Gaunt DM, et al. Management of multimorbidity using a patient-centred care model: a pragmatic cluster-randomised trial of the 3D approach. *The Lancet*. 2018 Jul;392(10141):41–50.
32. Wolf A, Vella R, Fors A. The impact of person-centred care on patients' care experiences in relation to educational level after acute coronary syndrome: secondary outcome analysis of a randomised controlled trial. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2019 Jan 17;18(4):299–308.
33. Balqis-Ali NZ, Saw PS, Anis-Syakira J, Fun WH, Sararaks S, Lee SWH, et al. Healthcare provider person-centred practice: relationships between prerequisites, care environment and care processes using structural equation modelling. *BMC Health Services Research* [Internet]. 2022 Apr 29;22(1). Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-022-07917-3>
34. Bogerd MJ, Slottje P, Bont J, Hout V. Development of a person-centred care approach for persons with chronic multimorbidity in general practice by means of participatory action research. *BMC primary care*. 2024 Apr 16;25(1).
35. Brickley B, Williams LT, Morgan M, Ross A, Trigger K, Ball L. Patient-centred care delivered by general practitioners: a qualitative investigation of the experiences and perceptions of patients and providers. *BMJ Quality & Safety*. 2020 Dec 10;31(3):bmjqs-2020-011236.
36. Cramm JM, Nieboer AP. Validation of an instrument for the assessment of patient-centred care among patients with multimorbidity in the primary care setting: the 36-item patient-centred primary care instrument. *BMC Family Practice*. 2018 Aug 28;19(1).
37. Kinmonth AL, Spiegel N, Woodcock A. Developing a training programme in patient-centred consulting for evaluation in a randomised controlled trial; diabetes care from diagnosis in British primary care. *Patient Education and Counseling*. 1996 Oct;29(1):75–86.
38. Little P. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ*. 2001 Feb 24;322(7284):468–8.
39. Huhtakangas Moona, Tolvanen Mimmi, Kyngäs Helvi, Kanste Outi. Long- and short-term frequent attenders' perceptions of patient-centredness in Finnish primary healthcare: A cross-sectional survey and the equivalence of the factor structure of the 36-item

- patient-centred primary care instrument. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2024 Mar 24;38(3):669–79.
40. Twungubumwe T, Tantchou Dipankui M, Traoré L, Ouédraogo J, Barro S, Castel J, et al. Health professionals and patients' perspectives on person-centred maternal and child healthcare in Burkina Faso. Torpey K, editor. *PLOS ONE*. 2020 Apr 1;15(4):e0230340.
41. Brickley B, Williams LT, Morgan M, Ross A, Trigger K, Ball L. How has the COVID-19 pandemic influenced patient-centred care? Analysis of a qualitative collective case study by high performing practice teams. *Australian Journal of General Practice*. 2022 May 1;51(5):357–64.
42. Dainty KN, Seaton MB, Drennan IR, Morrison LJ. Home Visit-Based Community Paramedicine and Its Potential Role in Improving Patient-Centered Primary Care: A Grounded Theory Study and Framework. *Health Services Research [Internet]*. 2018 Mar 15;53(5):3455–70. Available from:
https://interact2.csu.edu.au/bbcswebdav/pid-2779206-dt-content-rid-5492033_1/courses/S-P HC101_201930_B_D/Community%20paramedic%20and%20its%20potential%20role%20in%20improving%20PCC.pdf
43. John JR, Tannous WK, Jones A. Outcomes of a 12-month patient-centred medical home model in improving patient activation and self-management behaviours among primary care patients presenting with chronic diseases in Sydney, Australia: a before-and-after study. *BMC Family Practice*. 2020 Aug 8;21(1).
44. Lima LAR, Santos BB, Barros CL, Santos AL. Conceito e implementação do cuidado centrado na pessoa na perspectiva do médico da Estratégia Saúde da Família. *Braz J Dev*. 2020;6(9):73786–99.
45. Kinnersley P, Stott N, Peters TJ, Harvey I. The patient-centredness of consultations and outcome in primary care. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners [Internet]*. 1999 Sep 1;49(446):711–6. Available from:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10756612/>
46. Rodrigues JL da S de Q, Portela MC, Malik AM, Rodrigues JL da S de Q, Portela MC, Malik AM. Agenda for patient-centered care research in Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva [Internet]*. 2019 Nov 1;24(11):4263–75. Available from:
https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232019001104263&script=sci_arttext&tlng=en
47. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

48. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
49. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
50. Bertakis KD. The influence of gender on the doctor–patient interaction. *Patient Education and Counseling* [Internet]. 2009 Sep;76(3):356–60. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399109003243>
51. Krist AH. A Vision for Patient-Centered Health Information Systems. *JAMA*. 2011 Jan 19;305(3):300.
52. Tang PC, Ash JS, Bates DW, Overhage JM, Sands DZ. Personal Health Records: Definitions, Benefits, and Strategies for Overcoming Barriers to Adoption. *Journal of the American Medical Informatics Association* [Internet]. 2006 Mar 1;13(2):121–6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447551/>
53. Ross H, Tod AM, Clarke A. Understanding and achieving person-centred care: The nurse perspective. *Journal of Clinical Nursing*. 2015 Jul 22;24(9-10):1223–33.

5. CONCLUSÃO GERAL

Este estudo permitiu mapear as evidências disponíveis acerca das ações de PCP no contexto da APS, revelando a consolidação de um movimento global voltado à humanização do cuidado. Identificou-se predominância de publicações oriundas da Europa e América do Norte, com destaque para o Estados Unidos da América com 6 estudos. Além disso, observou-se uma escassez de estudos provenientes da América Latina, evidenciando uma lacuna geográfica significativa e ressaltando a necessidade de ampliar essa agenda de pesquisa no contexto brasileiro.

Nesse sentido, as ações identificadas agruparam-se em três eixos principais: qualificação profissional, instrumentalização da prática e fortalecimento da relação terapêutica. O primeiro eixo destacou treinamentos voltados à comunicação empática, escuta ativa e tomada de decisão compartilhada. O segundo envolveu a utilização de instrumentos avaliativos, prontuários eletrônicos interativos e ferramentas de apoio à decisão clínica. Já o terceiro enfatizou a valorização do contexto biopsicossocial e o estabelecimento de vínculos sustentados entre profissionais e usuários.

De modo geral, as estratégias do PCP demonstraram impactos positivos na experiência dos pacientes, na adesão ao tratamento e em desfechos clínicos específicos, reafirmando sua relevância para o fortalecimento da APS. Contudo, persistem desafios estruturais e operacionais, como a limitação de tempo nas consultas, a carência de capacitação contínua e a insuficiência de recursos. Diante disso, reforça-se a importância de políticas públicas e formações profissionais alinhadas aos princípios do SUS, que promovam ambientes de cuidado mais equitativos, participativos e centrados na pessoa.

REFERÊNCIAS GERAIS

- BALQIS-ALI, Nur Zahirah *et al.* **Protocol for a cross-sectional study measuring person-centredness among healthcare providers in Malaysian primary care clinics: the adaptation and validation of the Person-Centred Practice Inventory-Staff (PCPI-S) Questionnaire.** *BMJ Open*, v. 10, n. 3, e034128, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034128>
- BERTAKIS, Klea D.; AZARI, Rahman. **Patient-centered care is associated with decreased health care utilization.** *The Journal of the American Board of Family Medicine*, v. 24, n. 3, p. 229-239, 2011. DOI: <https://doi.org/10.3122/jabfm.2011.03.100170>
- BING-JONSSON, Pia Cecilie *et al.* **Norwegian translation, cultural adaption and testing of the Person-centred Practice Inventory-Staff (PCPI-S).** *BMC Health Services Research*, v. 18, n. 1, p. 1-10, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3020-3>
- BORGES, L. A. *et al.* **Vigilância em saúde no enfrentamento da COVID-19 no Brasil: uma revisão de escopo.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 30, n. 5, e02202025, 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/B6yLFbMKP7x4388SDg7psMN/>. Acesso em: 7 out. 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320253005.02202025>
- CHOPERENA, Ana *et al.* **Translation and transcultural adaptation of the theoretical Person-Centred Practice Framework to the Spanish context.** *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, p. e1016-e1016, 2022. DOI: <https://doi.org/10.23938/ASSN.1016>
- GYLLENSTEN, H.; BJÖRKMAN, I.; JAKOBSSON UNG, E.; EKMAN, I.; JAKOBSSON, S. **Um centro nacional de pesquisa para avaliação e implementação de cuidados centrados na pessoa: conteúdo dos primeiros estudos intervencionais.** *Health Expectations*, v. 23, n. 5, p. 1362-1375, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1111/hex.13112>
- MANN, Cindy *et al.* **A computer template to enhance patient-centredness in multimorbidity reviews: a qualitative evaluation in primary care.** *British Journal of General Practice*, v. 68, n. 672, p. e495-e504, 2018. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp18X697697>
- MCCORMACK, Brendan. **A conceptual framework for person-centred practice with older people.** *International Journal of Nursing Practice*, v. 9, n. 3, p. 202-209, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1440-172X.2003.00423.x>
- MCCORMACK, Brendan. **Autonomy and the relationship between nurses and older people.** *Ageing & Society*, v. 21, n. 4, p. 417-446, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0144686X01008295>
- MCCORMACK, Brendan; MCCANCE, Tanya. **Person-centred nursing: theory and practice.** Chichester: John Wiley & Sons, 2011.

MCCORMACK, Brendan; MCCANCE, Tanya (ed.). **Person-centred practice in nursing and health care: theory and practice**. 2. ed. Chichester: John Wiley & Sons, 2016.

PETERS, M. D. J. *et al.* Revisões de Escopo (2020). In: AROMATARIS, E. *et al.* (ed.). **Manual do JBI para Síntese de Evidências**. Adelaide: JBI, 2024. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>. DOI: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-09>. Acesso em: 7 out. 2025.

SLATER, Paul; MCCANCE, Tanya; MCCORMACK, Brendan. **The development and testing of the Person-centred Practice Inventory–Staff (PCPI-S)**. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 29, n. 4, p. 541-547, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx066>

STARFIELD, Barbara. **Is patient-centered care the same as person-focused care?** *The Permanente Journal*, v. 15, n. 2, p. 63, 2011. DOI: <https://doi.org/10.7812/TPP/10-148>

VENTURA, Filipa *et al.* **Portuguese translation, cultural adaptation, and validation of the Person-Centred Practice Inventory-Staff (PCPI-S)**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, p. 3347-3366, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023289.10922022>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Estratégia global da OMS para serviços de saúde integrados e centrados nas pessoas: relatório provisório**. Genebra: OMS, 2

**ANEXO A - PROTOCOLO PERSON-CENTERED PRACTICES IN THE CONTEXT OF
PRIMARY HEALTH CARE: A SCOPING REVIEW**

**Person-Centered Practices in the Context of
Primary Health Care: A Scoping Review**

**Federal University of Ceará, Brazil
Sobral *Campus*
Dentistry College**

Contact: Jacques Antonio Cavalcante Maciel

Review title and timescale

1. Review title:

Person-Centered Practice in Primary Health Care work services: Scoping Review

2. Original language title:

Prática centrada na pessoa em serviços de Atenção Primária à Saúde: Uma Revisão de Escopo

3. Anticipated or actual start date:

July 19, 2024.

4. Anticipated completion date:

April 30, 2025.

5. Stage of review at time of this submission:

Review Stage	Started	Completed
Preliminary Searches		X
Piloting of the study selection process		X
Formal screening of search results against eligibility criteria		X
Data extraction		X
Risk of bias (quality) assessment	X	
Data analysis	X	

Review team details

6. Named contact:

Jacques Antonio Cavalcante Maciel

7. Named contact e-mail:

jacques.maciel@sobral.ufc.br

8. Named contact address:

R. Conselheiro José Júlio - Centro, Sobral, Ceará State, Brazil

9. Named contact phone number:

+55 (88) 98808-5245

10. Organizational affiliation of the review

11. Review team members and their organizational affiliations

- Jacques Antonio Cavalcante Maciel, PhD, Adjunct Professor of Federal University of Ceará, Dentistry College, Sobral, Brazil
- Eduardo Adelmo Alves Silva, Research Assistant, Dentistry Student, Federal University of Ceará, Sobral, Brazil

- Ana Luize Andrade Oliveira, Research Assistant, Dentistry Student, Federal University of Ceará, Sobral, Brazil
- Ilan Matheus Leandro Araújo, Research Assistant, Dentistry Student, Federal University of Ceará, Sobral, Brazil
- Yvina Karine Parente Carneiro, Research Assistant, Master Degree Student, Federal University of Ceará, Sobral, Brazil

12. Funding sources/sponsors:

This Scoping Review was funded by Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico and Federal University of Ceará

13. Conflicts of interest:

We do not have any actual or potential conflicts of interest.

14. Collaborators:

None to report at the time of pre-registration

Review Methods

Study design	Scoping Review
Study population	Person-centered actions and practices in the Primary Health Care services
Likely Comparisons	Traditional actions and practices of patient care in health services
Outcomes of interest	Improvement of health care conditions and better people's experience with primary care services
Time frame	Any
Setting	Articles in English; No geographical restrictions

15. Review questions

The aim of this study is to map the observable evidence on person-centered care actions in the context of Primary Health Care (PHC). The specific research question is: What are the actions and practices of person-centered care in the context of PHC?

16. Searches

Search strings were developed for PubMed, Cochrane Library, Google Scholar, ProQuest, Lilacs, Web of Science, Embase and Science Direct. Comprehensive literature searches of these electronic bibliography databases were conducted from their inception date until 2024, with no restrictions on publication time and language.

DATABASE	SEARCH QUERY	TYPE OF SEARCH
Cochrane Library	("Practices"[Mesh] AND "Person-centred"[Mesh] OR "patient-centred"[Mesh] AND "primary health care"[Mesh])	MeSH terms and keywords
Google Scholar	("Person-centred practice"[Mesh] AND "Primary Health Care"[Mesh])	MeSH terms and keywords
Pro Quest	("Person-centred practice"[Mesh] AND "Primary Health Care"[Mesh])	MeSH terms and keywords
PubMed	("Practices"[Mesh] AND "Person-centred"[Mesh] AND "Primary Health Care"[Mesh])	MeSH terms and keywords
LILACS	("Practices"[Mesh] AND "Person-centred"[Mesh] OR "Patient-centred"[Mesh] AND "Primary Health Care"[Mesh])	MeSH terms and keywords
Web of Science	("Practices"[Mesh] AND "Person-centred"[Mesh] OR "Patient-centred"[Mesh] AND "Primary Health Care"[Mesh])	MeSH terms and keywords
Embase	("Practices"[Mesh] AND "Person centred"[Mesh] OR "Patient centred"[Mesh] AND "Primary Health Care")	MeSH terms and keywords
Science Direct	("Person-centred practice"[Mesh] AND "Primary Health Care"[Mesh])	MeSH terms and keywords

No publication period or language limits.

17. URL to search strategy:

Not applicable

18. Condition or domain being studied:

Person-centered care practices in the context of primary health care, described by approaches that involve and empower the patient in their own care, based on a holistic care, capable of involving the biopsychosocial aspect of the individual.

19. Participants/population/actions

Actions and practices aimed at person-centered care, involving the patient in the care, also making them active in their care. This could be observed through non-traditional consultations - use of interventions aimed at person-centered practice, consultation duration, assessment of patient satisfaction, shared decision-making and training of professionals for this approach, for example. It is worth noting that such actions and practices should be carried out in the context of Primary Health Care services. The

following exclusion criteria were defined: actions and practices carried out in long-term care homes and outside Primary Health Care services.

Inclusion and exclusion criteria

Inclusion Criteria	Exclusion Criteria
Person-centered actions and practices in primary care consultations	Support and/or long-term care homes
Descriptions of person-centered care and actions taken	Outside the context of primary care

20. Context

It consists of the place where person-centered practices will be analyzed for the study. According to the World Health Organization, Primary health care is a whole-of-society approach to bring services for health and wellbeing closer to communities. Therefore, for this study, the actions carried out that were considered for analysis are those existing in the context of primary care health clinics.

21. Concept

Means by which actions and practices are carried out, for example, if the action is a person-centered consultation of extended duration, what behavior will the professional adopt to achieve the goal of carrying out a person-centered consultation.

22. Types of study to be included

The types of studies relevant are published material including published articles, articles in conference proceedings, and chapters in textbooks. Only primary studies were included, excluding review articles.

23. Primary outcomes

Answering the research question is the main objective of this work. Thus, finding out which actions and practices were carried out (population), the environment in which these actions were carried out (concept) and the place in which the actions were carried out (context) are crucial aspects of interest in this research. In addition, information from the studies such as country of conduct, objectives and type of study are important data for discussion.

24. Secondary outcomes

None

25. Data extraction

The main elements of the studies that referred to the person-centered care approach were extracted by two evaluators, based on the research question and in accordance with the PCC (Population, Concept and Context) structure, that is, items composed of data of potential research interests. In addition, other data were extracted from each study, such as the authors, the type of study and the objectives of the work. In this sense, the objective of this stage was to search, in the selected articles, for the aspects that culminated in the inclusion of the study and to insert such data in a table, in which the details regarding the practices and actions of care directed at the person were filled in, as well as the main conclusions of each work.

26. Risk of bias (quality) assessment

A quality appraisal will not be conducted given that this is a scoping review. This approach is consistent with the framework proposed by Arksey and O'Malley, the Joanna Briggs Institute methodological guidance for Scoping Reviews, and the PRISMA-ScR by Tricco et al (2017).

27. Strategy of data synthesis

The narrative synthesis will focus on informing future research and interventions by thematically summarizing the actions and practices that can be adopted by health care professionals, through data tabulation as (1) listing of practices adopted in care (e.g., CHOICE Intervention, extended consultations, questionnaires), (2) analysis of the explanation of the Person Centered Care as a concept (e.g., shared decision making, holistic care, valuing the patient's health knowledge), (3) contexts in which primary health care services the practices are carried out, (4) associated outcomes.

28. Analysis of subgroups or subsets

None planned.

Review general information

29. Type and method of review:

Scoping review.

30. Language:

English/Portuguese.

31. Country:

Brazil.

32. Other registration details:

Not applicable.

33. Reference and/or URL for published protocol:

Not applicable.

34. Disseminations plans:

Publish the review in a peer-reviewed journal upon completion.

35. Keywords

- Person-Centered
- Primary Health Care
- Practices

36. Details of any existing review of the same topic by the same authors:

Not applicable.

37. Registration References:

Tricco AC, Lillie E, Zarin W, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med.* 2018;169(7):467-473. doi:10.7326/M18-0850

Tricco AC, Zarin W, Lillie E, Pham B, Straus SE. Utility of social media and crowd-sourced data for pharmacovigilance: a scoping review protocol. *BMJ Open.* 2017; 7:e013474. [PMID: 28104709] doi: 10.1136/bmjopen-2016-013474

Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Scoping Reviews (2020). Aromataris E, Lockwood C, Porritt K, Pilla B, Jordan Z, editors. *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI; 2024. Available from: <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-09>

ANEXO B - NORMAS PARA SUBMISSÃO PARA REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA



INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Os artigos serão avaliados através da Revisão de pares, de acordo com as diretrizes internacionais para a área da ciência.

Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicada sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler em download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.

A Revista Ciência & Saúde Coletiva aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente.

No momento que você apresenta seu artigo, é importante estar atento ao que constitui um *preprint* e como você pode proceder para se integrar nesta primeira etapa da Ciência Aberta. O *preprint* disponibiliza artigos e outras comunicações científicas de forma imediata ou paralela à sua avaliação e validação pelos periódicos. Desta forma, acelera a comunicação dos resultados de pesquisas, garante autoria intelectual, e permite que o autor receba comentários que contribuam para melhorar seu trabalho, antes de submetê-lo a algum periódico. Embora o artigo possa ficar apenas no repositório de *preprints* (caso o autor não queira mandá-lo para um periódico), as revistas continuam exercendo as funções fundamentais de validação, preservação e disseminação das pesquisas. Portanto:

- (1) Você pode submeter agora seu artigo ao servidor *SciELO preprints* (<https://preprints.scielo.org>) ou a outro servidor confiável. Nesse caso, ele será avaliado por uma equipe de especialistas desses servidores, para verificar se o manuscrito obedece a critérios básicos quanto à estrutura do texto e tipos de documentos. Se aprovado, ele receberá um *DOI* que garante sua divulgação internacional imediata.
- (2) Concomitantemente, caso você queira, pode submetê-lo à Revista Ciência & Saúde Coletiva. Os dois processos são compatíveis.
- (3) Você pode optar por apresentar o artigo apenas à Revista Ciência & Saúde Coletiva. A submissão a repositório *preprint* não é obrigatória.



A partir de 20 de janeiro de 2021, será cobrada uma **taxa de submissão de R\$ 100,00 (cem reais) para artigos nacionais e US\$ 25,00 (vinte e cinco dólares) para artigos internacionais**. O valor não será devolvido em caso de recusa do material. Para pagamento da taxa de submissão, acesse o site da Revista (<https://cienciaesaudecoletiva.com.br/>). Este apoio dos autores é indispensável para financiar o custeio da Revista, viabilizando a publicação com acesso universal dos leitores. **Não é cobrada taxa de publicação**. Caso o artigo vá para avaliação e receba o parecer *Minor Revision* (Pequena revisão) ou *Major Revision* (Grande Revisão) não é necessário pagar a taxa novamente quando enviar a revisão com as correções solicitadas. Somente os artigos de chamada pública com recursos próprios estão isentos de pagamento de taxa de submissão.

Recomendações para a submissão de artigos

Notas sobre a Política Editorial

A Revista Ciência & Saúde Coletiva reafirma sua missão de **veicular artigos originais, que tragam novidade e proporcionem avanço no conhecimento da área de saúde coletiva**. Qualquer texto que caiba nesse escopo é e será sempre bem-vindo, dentro dos critérios descritos a seguir:

- (1) O artigo não deve tratar apenas de questões de interesse local ou situar-se somente no plano descritivo.
- (2) Na sua introdução, o autor precisa deixar claro o caráter inédito da contribuição que seu artigo traz. Também é altamente recomendado que, na carta ao editor, o autor explicita, de forma detalhada, porque seu artigo constitui uma novidade e em que ele contribui para o avanço do conhecimento.
- (3) As discussões dos dados devem apresentar uma análise que, ao mesmo tempo, valorize especificidade dos achados de pesquisa ou da revisão, e coloque esses achados em diálogo com a literatura nacional e internacional.
- (4) O artigo qualitativo precisa apresentar, de forma explícita, análises e interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica que promova diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva. Exige-se também que o texto valorize o conhecimento nacional e internacional.
- (5) Quanto aos artigos de cunho quantitativo, a revista prioriza os de base populacional e provenientes de amostragem aleatória. Não se encaixam na linha editorial: os que apresentam amostras de conveniência, pequenas ou apenas descritivas; ou análises sem fundamento teórico e discussões e interpretações superficiais.
- (6) As revisões não devem apenas sumarizar o atual estado da arte, mas precisam interpretar as evidências disponíveis e produzir uma síntese que contribua para o avanço do conhecimento. Assim, a nossa orientação é publicar somente revisões



de alta relevância, abrangência, originalidade e consistência teórica e metodológica, que de fato tragam novos conhecimentos ao campo da Saúde Coletiva.

Nota importante - Dado o exponencial aumento da demanda à Revista, todos os artigos passam por uma triagem inicial, realizada pelos editores-chefes. Sua decisão sobre o aceite ou não é baseada nas prioridades citadas e no mérito do manuscrito quanto à originalidade, pertinência da análise estatística ou qualitativa, adequação dos métodos e riqueza interpretativa da discussão. Levando em conta tais critérios, apenas uma pequena proporção dos originais, atualmente, é encaminhada para revisores e recebe parecer detalhado.

A revista *C&SC* adota as "Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas", Vancouver, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. **Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta. Consultem os exemplos no final das Normas.**

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres. Os artigos temáticos são selecionados da seguinte forma: por chamada pública, convite ou por coletânea de artigos já aprovados.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista em fluxo contínuo. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. O autor deve atribuir um título para a resenha no campo título resumido (*running head*) quando fizer a submissão. Os autores da resenha devem incluir no

início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg. Não é necessário resumo, abstract e resumen.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço). Não é necessário resumo, abstract e resumen.

Observação: Em artigos temáticos, temas livres, revisão e opinião, o limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica.

O resumo/abstract/resumen com no máximo 1400 caracteres com espaço cada (incluindo a palavra - "resumo"/"abstract"/"resumen" até a última "palavra-chave"/"keyword"/"palabra clave").

O total de ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são até cinco por artigo e são contabilizados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os artigos obrigatoriamente deverão ter título e resumo em português, inglês e espanhol. Os textos em português devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original, em inglês e em espanhol. Os textos em espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original, em português e em inglês. Os textos em inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original, em português e em espanhol. Os textos em francês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original, em português e em inglês. **Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.**

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .docx) e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.

3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.

5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os

princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os **Título, Resumo, Introdução, Métodos, Resultados e Discussão**, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem conter numeração progressiva e sim recursos gráficos como caixa alta, recuo na margem ou outros.

9. O título deve ter curto: 120 caracteres com espaço. O resumo/abstract/resumen, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave) e precisa explicitar **o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica, os resultados e as conclusões**. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave/keywords/palabras-clave. É fundamental ter clareza e objetividade na redação do resumo, pois assim o fazendo, o autor contribuirá para o interesse do leitor. Já clareza dos descritores contribuirá para a múltipla indexação do artigo.

As palavras-chave em português, inglês e espanhol devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH.

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/> e <http://decs.bvs.br/>).

10. É obrigatória a inclusão do *Open Researcher and Contributor ID* (ORCID) no momento de submissão do artigo. Para criar um ID ORCID acesse: <http://orcid.org/content/initiative10>. Na submissão dos artigos na plataforma da Revista, é válido que apenas um autor tenha o registro no ORCID. Mas quando o artigo for aprovado para publicação no SciELO, **todos os autores** devem ter o registro no ORCID. Para se registrar no ORCID, entre no site (<https://orcid.org/>) e para inserir o ORCID no ScholarOne (plataforma de submissão), acesse o site (<https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>), e atualize seu cadastro.

11. Em caso de usar inteligência artificial nos seus manuscritos, o autor deve mencionar esse fato, obrigatoriamente, dizendo ao final do campo dedicado à metodologia, em que etapa do artigo ela foi empregada.

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. O limite de autores por artigo é de oito autores, se exceder esse limite, os demais terão seus nomes incluídos nos agradecimentos. Para artigos com mais autores que fazem parte de um grupo de pesquisa ou em outros casos excepcionais, é necessária autorização dos editores.

3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito, exceto no arquivo "Title page" (Página de título).

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Nas edições da revista que forem impressas, todo esse material será na cor preta e cores cinza para diferenciações.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada)**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excel e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de "quebra de página". Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso "copiar e colar") e também em pdf ou jpeg, TONS DE



CINZA ou coloridos. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA ou coloridos, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. As ilustrações coloridas só serão publicadas na versão online. Quando houver impressão da Revista, as ilustrações serão todas em TONS DE CINZA sem exceção. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso "copiar/colar". Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Financiamento

RC&SC atende à Portaria Nº 206 do ano de 2018 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre obrigatoriedade de citação da CAPES para os trabalhos produzidos ou publicados, em qualquer mídia, que decorram de atividades financiadas, integral ou parcialmente, pela CAPES. Esses trabalhos científicos devem identificar a fonte de financiamento através da utilização do código 001 para todos os financiamentos recebidos.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.* Exemplo: Minayo *et al.*³

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: "Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF" ¹¹ (p.38).

ex. 2: "Como alerta Maria Adélia de Souza ⁴, a cidade..."

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>)

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (incluir todos os autores sem utilizar a expressão *et al.*)

Pelegri ML, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284.

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84(2):15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl.1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347(9011):1337.



Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. *Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana - BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal



Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

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* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.
Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet]. 1995 jan-mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe - PE - Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 mar-abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.