

Reflexões Contemporâneas sobre Anamnese na Visão do Estudante de Medicina

Contemporary Reflections on Anamnesis in the View of Medical Students

Márcia Oliveira Mayo Soares¹
Elza de Fátima Ribeiro Higa¹
Antônio Henrique Rodrigues Passos¹
Maelly Romy Maruyama Ikuno¹
Lorine Arias Bonifácio¹
Cássio de Pádua Mestieri¹
Rebeca Klarosk Ismael¹

RESUMO

Esta pesquisa analisa a compreensão dos estudantes de Medicina da terceira e sexta séries sobre a abordagem biopsicosócio-ambiental (BPSA) contida na anamnese e sua contribuição para o cuidado na perspectiva da integralidade. É uma pesquisa transversal, exploratória, descritiva e com abordagem qualitativa, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília, sob o protocolo nº 1.400/11. Participaram 80 estudantes, 40 da terceira e 40 da sexta série do curso de Medicina. A coleta de dados foi realizada por um questionário com duas perguntas abertas sobre o tema proposto. Os resultados foram analisados pela Técnica de Análise de Conteúdo, Modalidade Temática. A análise apontou, na questão 1, três categorias: saúde e formação médica, processo saúde-doença e relação médico-paciente. Na questão 2, cinco categorias: teoria e prática na formação médica, competência profissional, raciocínio clínico, necessidades de saúde e humanização. Os estudantes das duas séries valorizam a abordagem BPSA na elaboração da anamnese e apontam que ela pode subsidiar o cuidado nessa perspectiva, mas indicam lacunas e dificuldades na prática da aprendizagem.

ABSTRACT

This research investigates second and third year medical students' understanding of the biopsychosocial and environmental approach in anamnesis, and its contribution to developing integrated care. It is a cross-sectional, exploratory and descriptive study with a qualitative approach approved by the Research Ethics Committee of the Marília Medical School (Famema) under protocol number 1400/11. Eighty students took part in the survey; 40 second-year and 40 third-year students. Data was collected by a questionnaire with two open-ended questions on the proposed theme. The results were analyzed by thematic content analysis. For the first question, three categories were identified: health and medical education, the health-disease process, and the doctor-patient relationship. For the second question, five categories: theory and practice in medical education, professional competence, clinical reasoning, health needs, and humanization. All the students demonstrated that they valued the biopsychosocial and environmental approach in anamnesis and indicate that it can support care, but they also identified gaps and difficulties in the learning practice.

PALAVRAS-CHAVE

- Anamnese;
- Assistência Integral à Saúde;
- Educação Médica.

KEYWORDS

- Anamensis;
- Comprehensive Health Care;
- Medical Education.

INTRODUÇÃO

A formação médica na contemporaneidade tem enfrentado desafios para caminhar pelas premissas preconizadas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). Em seu artigo 3º, as DCN apontam que o curso de graduação em Medicina tem como perfil do egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença, nos diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano¹.

Nesse sentido, a integralidade, no processo de cuidar², assume o papel de uma lente que amplia o olhar sobre o planejamento do sistema de saúde, sobre a estruturação dos serviços e sobre a organização de suas práticas. Por outro lado, ela baliza esse olhar sobre a realidade por estar, em essência, referenciada pelos princípios políticos e ideológicos relacionados à cidadania em suas prerrogativas, como a universalidade e a equidade do acesso. A integralidade se estabelece como uma imagem objetiva a promover novos patamares para a abordagem das questões da saúde em relação à definição de estratégias de expansão de serviços, de mudanças do modelo assistencial e de ensino-aprendizagem. O objeto da atenção dos serviços e de seus profissionais conduz à discussão de questões transversais às ações de saúde, como a efetividade, a continuidade e a terminalidade do cuidado ofertado.

Por contemporaneidade³ é possível compreender uma especial relação com o próprio tempo, em que o indivíduo consegue se situar no passado, olhar o futuro e ficar no presente, transcendendo o lugar pequeno e o pensar restrito. Ao aderir ao tempo, consegue tomar distância dele, por “dissociação” e por desprendimento de alinhamento em consonância com determinado período ou época e validar todos os tempos. Para quem experimenta a contemporaneidade, é possível ver através da obscuridade, de forma analógica ao movimento que acontece quando nos encontramos no escuro, ou seja, o escuro não significa ausência da luz, mas um produto da própria retina (*off-cells*). O escuro, então, não traduz uma inércia, e o contemporâneo o percebe como algo que lhe cabe e que, embora traduza o término de uma compreensão, instiga a elucidação.

A contemporaneidade ainda pode ser conceituada como um ato que emana coragem, porque não é só necessário um olhar fixo no escuro de uma época. Ela provoca tanto um distanciamento de nós mesmos, quanto nos força a uma auto-leitura. O poder transformador do contemporâneo se faz por

alcançar outros tempos a partir do escuro presente, do devir histórico e da possibilidade de evolução.

Esta pesquisa se propõe, a partir do agora, a exercitar essa relação de descontinuidade e a desvendar, ativamente, possibilidades de entrever luz a partir de sombras, ou seja, refletir a partir das falas e procurar desvelar o latente no manifesto, por meio da reflexão sobre a anamnese que tem algo de essencial no processo do cuidado, pois a entrevista médica tem valor quando se encontra, no médico, capacidade de respeito, interesse, autenticidade, coerência e compreensão empática.

Considera-se que a anamnese é revestida de grande potencialidade para o reconhecimento do outro, da pessoa, de suas necessidades e desejos implícitos, medos e ansiedades. Assim, o reconhecimento do seu significado é relevante na formação, já que o estudante terá, nessa ferramenta, a base para o exercício profissional⁴. Seguindo essa lógica, o problema da pesquisa é detectar como os estudantes compreendem a abordagem biopsicosócio-ambiental (BPSA) contida na anamnese e qual a sua contribuição para o desenvolvimento da integralidade do cuidado, considerando, como pressuposto norteador, que a abordagem BPSA contida na anamnese precisa ser mais bem compreendida na formação médica, cujo perfil preconiza o cuidado para além da doença e do biológico.

Etimologicamente, “a palavra anamnese se origina de *aná* = trazer de volta, recordar e *mnese* = memória. Significa trazer de volta à mente todos os fatos relacionados com a doença e com a pessoa doente”. Em sua essência, a anamnese é uma entrevista que tem objetivo e finalidade preestabelecidos⁵. Historicamente, foi desenvolvida com a intenção de direcionar o olhar do médico para a doença, sem considerar a pessoa doente⁶. Por esse método classificatório, a doença nem mesmo era relacionada ao organismo, pois o órgão acometido apenas servia de suporte aos sintomas apresentados.

Como a anamnese⁷ é uma entrevista, são necessárias a ela a comunicação não verbal, a verbal e a escrita. Uma anamnese verdadeira⁸ sai da boca do paciente, mas o médico deve ser cooperativo, atento, cuidadoso e direcionador. Na educação médica, é preciso que os estudantes tenham oportunidades e se esforcem, de forma sistemática, na arte de entrevistar, com flexibilidade na maneira de perguntar. É papel do médico avaliar o que o falante vai lançando no seu discurso para focar o que se deseja.

A valorização do contato⁹ com o paciente qualifica uma boa anamnese, embora a disponibilidade tecnológica tenha levado muitos a considerá-la secundária. O que se observa, pela literatura, é que cerca de 60% dos exames solicitados são normais. Salienta-se que nada substitui o contato direto com o paciente, o que proporciona uma boa anamnese. Para realizar essa prática, entretanto, é preciso dedicação e tempo adequado.

Clarificar a necessidade de conhecer o indivíduo como pessoa pode minimizar obstáculos, favorecer a escuta ativa, a anamnese focal, a anamnese psicossocial, centrada no paciente, juntamente com a exploração básica. Esse procedimento constitui um plano básico de entrevista para ancoragem diagnóstica. Ainda, postula-se, como sugestão, que, antes de começar o atendimento, o entrevistador observe como está seu próprio humor, sua atenção e avalie sua disposição para não desprezar os acompanhantes, para criar uma cordial relação, com cumprimento adequado, tom de voz, olhar direcionado demonstrando dedicação e interesse. O primeiro minuto é significativo, acolhe e destaca o foco do contato. O registro das informações deve ser dosado, de preferência em momentos reduzidos¹⁰.

A anamnese¹¹ pode ser compreendida como um dos desafios da educação médica, que aponta a mudança de postura do entrevistador para a de ouvinte, ou seja, de indagador para a de cuidador do processo saúde-doença das pessoas, sinalizando sua importância na “arte” da escuta para identificação das necessidades de saúde e de cuidado no eixo da integralidade. Assim sendo, problematiza-se o modelo de atendimento que, muitas vezes, limita essa escuta pelo número excessivo de pacientes, ressaltando o quanto há para ser descoberto, mesmo quando aparentemente parece ser assunto de pouca relevância. Frente ao exposto, o objetivo deste estudo é identificar e descrever a compreensão do conceito biopsicossócio-ambiental presente na anamnese e como essa abordagem pode contribuir para o alcance da integralidade do cuidado.

MÉTODO

Trata-se de um estudo não experimental, transversal, exploratório¹², descritivo de campo e com abordagem qualitativa, desenvolvida pela Técnica de Análise de Conteúdo, Modalidade Temática, constituída pelas fases pré-análise, exploratória e interpretativa¹³. Participaram da pesquisa 80 estudantes da Faculdade de Medicina de Marília (Famema), que correspondem a 50% dos matriculados no final da terceira e sexta séries, respectivamente, considerando que a Famema disponibiliza 80 vagas anuais por série. O número de participantes foi definido com base no critério de saturação das respostas. O critério de inclusão foi que os alunos estivessem cursando o final da terceira e sexta séries.

Segundo o planejamento da aprendizagem, um dos desempenhos do estudante da terceira série é a realização da história clínica centrada na pessoa, contemplando: apresentação, obtenção do consentimento da pessoa ou responsável, comunicação verbal e não verbal de forma empática e coerente para favorecer a compreensão da pessoa, capaz de reconhecer

barreiras e, se necessário, encaminhar alternativas. O aluno também identifica as necessidades de saúde percebidas nas diferentes fases do ciclo de vida. Desta forma, caracteriza o contexto de vida, identifica os sinais e sintomas, situações pregressas relevantes da pessoa e familiares¹⁴. Já o planejamento estruturado da sexta série propõe, além dos desempenhos da terceira série, a realização da hipótese diagnóstica, elaboração de plano de investigação e tomada de conduta com vistas à integralidade do cuidado¹⁵.

Deste modo, a escolha dessas duas séries justifica-se pela congruência com a proposta curricular da Famema, levando em conta o problema e os pressupostos norteadores desta pesquisa. No final da terceira série, os estudantes já tiveram a oportunidade de realizar anamnese na Atenção Primária e na saúde da criança, da mulher e do adulto na Atenção Secundária. No que se refere à inclusão da sexta série, a pesquisa buscou a compreensão desse tipo de anamnese quando o estudante atinge um patamar de entendimento processual sobre a complexidade da anamnese com abordagem BPSA, em todos os níveis de atenção à saúde e das múltiplas possibilidades de sua realização nas diferentes especialidades.

A coleta foi realizada do ano de 2012. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Famema, sob o protocolo nº 1.400/2011, e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de responder ao questionário, como preconiza a Resolução 196/96¹⁶.

A Famema, desde 1997, e a partir de 2001, em consonância com as DCN, tem organizado seus cursos por meio de metodologias ativas de aprendizagem e adoção do currículo orientado para o desenvolvimento de competência profissional. A estrutura do curso de Medicina é anual e está organizada, nas séries, em Unidade de Prática Profissional, que contempla Laboratório de Prática Profissional e Unidade Educacional Sistematizada¹⁷.

O instrumento de obtenção dos dados foi um questionário semiestruturado com duas questões abertas sobre a compreensão da anamnese com abordagem BPSA e sua contribuição para o desenvolvimento do cuidado na perspectiva da integralidade. Ele foi validado previamente por especialistas.

Ancorada no paradigma da análise compreensiva, a Análise de Conteúdo, na modalidade temática, iniciou-se pela pré-análise, caracterizada pela leitura exaustiva dos dados coletados, que sistematizou a organização das ideias. Na exploração do material, foi determinada a categorização pelos seguintes critérios: exaustão, representatividade, exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade e fidedignidade, concretude e produtividade. Na fase interpretativa, os dados foram analisados segundo as estruturas semânticas e sociológicas¹⁸.

RESULTADOS

Da análise dos resultados da questão 1 – Qual a sua compreensão sobre o conceito da abordagem biopsicossócio-ambiental (BPSA) presente na anamnese? – emergiram três categorias analíticas: **saúde na formação médica, processo saúde-doença e relação médico-paciente.**

Saúde na Formação Médica

“Na minha perspectiva, realizar uma abordagem biopsicossocioambiental é abordar, na história clínica, a investigação de todos os aspectos que podem influenciar na saúde, levando em conta a definição de saúde da OMS; para que uma pessoa tenha uma boa saúde, é essencial que tenha um equilíbrio biopsicossocial. Por isso é fundamental descrever as condições de moradia, de trabalho, renda familiar, entre outros”. (E19, 3ª, Q1)

Processo Saúde-Doença

“A abordagem biopsicossocial está relacionada ao entendimento de fatores ambientais de qualidade de vida que podem provocar ou agravar tendências. É o momento da anamnese de afastar a visão do paciente (pelo profissional de saúde) como doença e compreender a saúde psicológica, mental e social que interage com a saúde física. O desequilíbrio desses fatores está relacionado ao aparecimento de doenças”. (E13, 3ª, Q1)

Relação Médico-Paciente

“A abordagem biopsicossocial leva em consideração não somente os sintomas físicos, mas também as questões psicológicas de formação do indivíduo desde a infância até o estabelecimento mais concreto e sua relação com o meio em que vive, a maneira como enxerga o mundo e sua relação com os pares e comunidade”. (E30, 6ª, Q1)

“Com o avanço tecnológico da medicina, há a transformação da relação médico-paciente. O profissional de saúde deixa de apenas focar a patologia, deve abordar os fatores biopsicossociais, ou seja, focar o paciente e não a doença”. (E15, 3ª, Q1)

A análise dos resultados da questão 2 – Como a abordagem BPSA, presente na anamnese, pode contribuir para o alcance da integralidade do cuidado? – permitiu identificar cinco categorias analíticas: **teoria e a prática na formação médica, competência profissional, raciocínio clínico, necessidades de saúde e humanização.**

Teoria e Prática na Formação Médica

“Ela só pode contribuir para algo a partir do momento em que saia da teoria e seja aplicável na prática, a partir do momento em que seja compreendida para ser propagada. Na graduação,

em muitas oportunidades, nos vemos frente à exigência de explorar o biopsicossocioambiental e, paulatinamente, a mesma graduação cobra-nos que sejamos mais objetivos e encaminhativos na abordagem do biológico em detrimento da psicossocial. Enquanto esse tipo de abordagem não for devidamente trabalhado na faculdade/universidade, a integralidade do cuidado não poderá ser alcançada”. (E31, 6ª, Q2)

Competência Profissional

“Uma vez que a abordagem biopsicossocioambiental é explorada com os detalhes exigidos por um bom profissional, o cuidado com o paciente se torna mais fácil e, por conseguinte, mais completo e satisfatório”. (E25, 3ª, Q2)

Raciocínio Clínico

“A abordagem biopsicossocial e a coleta de dados permitem avaliar outras comorbidades antes não abordadas na anamnese. Essa coleta de dados permite a visualização plena do indivíduo, o que permite um plano de cuidados que também leve em consideração essa integralidade, ou seja, mais completo e que exige de forma mais plena o cuidado em saúde do paciente”. (E40, 3ª, Q2)

Necessidades de Saúde

“A única forma de se conseguir atender o paciente de maneira integral é identificando as necessidades de saúde, entre elas o biopsicossocioambiental. Essa identificação das necessidades de saúde só é possível através de uma anamnese que consiga abordar todo esse contexto”. (E33, 6ª, Q2)

Humanização

“Contribui, na medida em que deixa ao paciente a possibilidade de melhorar o atendimento e possibilita ao médico propor intervenções de acordo com a realidade individual por aproximar o médico do paciente. Porém a crescente dificuldade em dispor de tempo suficiente para este atendimento integral pode prejudicar essa abordagem, tornando-a mais reducionista às queixas orgânicas, como vemos frequentemente”. (E2, 6ª, Q2)

DISCUSSÃO

Nos resultados analisados com base na primeira questão – Qual a sua compreensão sobre o conceito da abordagem BPSA presente na anamnese? –, observa-se, nas três categorias analíticas, que tanto os estudantes da terceira série quanto os da sexta relatam limites e potencialidades para a **saúde na formação médica** e a qualidade de vida.

Exemplificaram-se perfis condizentes com o modelo de cuidado centrado na pessoa e a importância de entender a

historicidade do conhecimento. Sinalizaram-se limitações na formação médica, que precisam avançar em profundidade e amplitude para a abordagem do processo saúde-doença. Os estudantes da terceira série citam a influência das dimensões BPSA e os riscos para a saúde quando nelas ocorrem desequilíbrios, e enfatizam a necessidade de intervenções personalizadas. Já os alunos da sexta série transcendem o conhecimento técnico, incluem a pertinência da abordagem da espiritualidade e avaliam as interações com o meio, partindo do referencial de como o entrevistado vê a si, o mundo, os pares e a comunidade.

O conceito de saúde é definido pela OMS como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença. No Brasil, a Lei 12.864 também considera que:

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais¹⁹(p.5).

As DCN para cursos de Medicina recomendam adequação na estrutura curricular, que representa a hierarquia entre as habilidades, com foco no desenvolvimento de competências, o que traduz a capacidade do indivíduo. Neste sentido, há relevância sobre a reflexão da interação entre a teoria e a prática²⁰.

Os estudantes qualificam, na segunda categoria analítica, que aborda o **processo saúde-doença**, a influência dos aspectos ambientais e culturais e os diferentes fatores envolvidos no processo de adoecer e os identificam para compreender as potencialidades e as limitações para se pensar a concepção de um ser biopsicossocial. A compreensão por meio das narrativas dos pacientes pode ser potencializada quando o diálogo facilita a interpretação do universo clínico e valoriza a capacidade contextual construída com base na identificação dos significados do adoecer e suas repercussões sociais, econômicas e culturais. Dessa forma, os caminhos oferecem novas abordagens que levam à escolha de estratégias passíveis de parceria consciente para negociar as ações do cuidado com foco na singularização².

O aparecimento das doenças crônicas está diretamente relacionado ao estilo de vida das populações, principalmente ao sedentarismo, à alimentação inadequada e ao tabagismo. Portanto, a adoção de hábitos de vida saudáveis deve ser valorizada na educação médica desenvolvida no modelo de

Vigilância à Saúde²¹. Considerando que o modelo atual de formação médica supervaloriza os aspectos biológicos, a literatura aponta a necessidade de sua adequação, tendo em vista a relevância da compreensão do processo saúde-doença como um sistema complexo no qual os aspectos históricos, sociais, ambientais e psicológicos estão intimamente relacionados e são desencadeadores e promotores da saúde ou da doença²².

Uma interpretação dos múltiplos olhares está relacionada à complexidade das relações humanas, em que a troca de saberes e de atitudes compartilhadas considera o outro e as diferentes ideias. Desse modo, por meio da sensibilidade, devem-se observar diferentes vértices para analisar cada fato da vida cotidiana²³.

Considerando a importância da **relação médico-paciente**, a categoria analítica três traduz a valorização de relações humanas. A abordagem que considera aspectos da personalidade leva em conta condições hereditárias, influências ambientais, experiências psicossociais vividas com os pais, tipo de infância, lembranças traumáticas, abusos, fatores biológicos e ambientais que, por interação, desde as primeiras relações, caracterizaram as modificações adaptativas e contribuíram para a construção do jeito de ser da pessoa. Essas informações ajudam a avaliar a ocorrência de vulnerabilidade e a propor ações desadaptativas²⁴. Na medicina centrada na pessoa, o cuidado está ligado à identificação das ideias e emoções a respeito do adoecer e à resposta a elas. Uma abordagem com o compartilhamento de decisões e de responsabilidades aproxima médicos e pacientes e facilita o entendimento sobre a doença²⁵. O Conselho Federal de Medicina aponta três principais causas da insatisfação com a relação médico-paciente nesta era do individualismo: influência negativa das indústrias farmacêuticas e de equipamentos, o predomínio da técnica e a soberania da vontade pessoal, que prejudica a solidariedade²⁶.

A análise dos resultados da questão 2 – Como a abordagem BPSA, presente na anamnese, pode contribuir para o alcance da integralidade do cuidado? – indica que, na primeira categoria analítica, os estudantes da sexta série explicam sua compreensão sobre a integralidade, resgatam a historicidade desde o modelo biomédico e dialogam com a prática do internato, manifestando atitude propositiva de preocupação e de indignação frente às contradições que a prática educativa e do cuidado revela. Os estudantes da terceira série refletem sobre a importância da abordagem BPSA para o desenvolvimento das estratégias de sistematização e gestão do cuidado e discutem sua importância para o desenvolvimento da competência profissional. Demonstram também que a abordagem BPSA pode contribuir para o alcance da integralidade quando considera outras comorbidades, as necessidades de saúde

e a construção do raciocínio clínico. Ao abordarem a relação médico-paciente, os estudantes da terceira série identificam a amplitude que a abordagem BPSA oferece para a sustentação de vínculos, enquanto os estudantes da sexta série criticam, em relação à realidade, a disponibilidade limitada de tempo para o atendimento e suas repercussões negativas quanto à humanização.

Nessa primeira categoria analítica, **teoria e prática na formação médica**, os estudantes da sexta série alertam para os riscos de teorização da integralidade.

Para se entender o descompasso entre o propósito das DCN e a formação médica, é preciso identificar o comprometimento da gestão, a forma como ocorre a aprendizagem na Atenção Básica e a preparação dos professores para tal aprendizagem. Somados a estes fatores, existem outros que alimentam a resistência, como o acréscimo de funções, a estrutura física deficitária para acolher os estudantes e os conflitos que podem ser gerados com a possibilidade de percepção de lacunas no serviço. Em vista disso, o processo de trabalho integrado fica prejudicado pela distância entre o pensar e o fazer, impregnada de fragmentos referenciais distintos, divisões de trabalho entre profissionais de outras áreas da saúde e arestas das relações. Na prática, o risco da desarticulação entre o processo de trabalho de diferentes profissões, usuários, tipos de tecnologias e empreendimento relacional influencia diretamente a formação do futuro profissional, que internaliza esses espaços incongruentes²⁷. Frente a essa problemática e considerando o que preconizam o SUS e as DCN para a formação médica, há necessidade de reconstrução permanente das relações profissionais de modo responsável e comprometido, buscando uma formação envolvida com o papel social e político do trabalho em saúde²⁸.

Na segunda categoria analítica, a análise discente da terceira série enfatiza a **competência profissional** para a elaboração do plano de cuidado. A anamnese pode ser compreendida como o desenvolvimento de um método científico que permite descobrir as condições de saúde para o levantamento de hipóteses diagnósticas. Para realizar essa competência clínica, o médico precisa de conhecimentos e habilidades na aquisição e interpretação de significados dos dados coletados, para a elaboração do raciocínio clínico, do diagnóstico e de diagnósticos diferenciais. Confirma-se, então, que o profissional necessita de conhecimentos científicos sobre as condições clínicas observadas, de habilidades técnicas requeridas ao cuidado e de uma relação médico-paciente consolidada para resolver o problema de saúde apresentado. Além de uma anamnese bem feita, que olhe para o ser humano em toda a sua complexidade e contexto, é preciso também considerar outros fatores que po-

dem desencadear erro clínico: más condições de trabalho, carga horária excessiva, vários locais de atuação e atendimento de grande quantidade de pacientes em curto espaço de tempo. Além disso, há de se considerar a falta de recursos materiais e a demanda burocrática com o prontuário, que acaba sendo preenchido de maneira inadequada ou incompleta e ilegível²⁹.

Na terceira categoria analítica, sobre o **raciocínio clínico**, os estudantes da terceira série sinalizam que a contextualização alcança comorbidades. A integralidade, embora não signifique totalidade, possibilita cuidar do indivíduo em toda a complexidade humana. Ela pode ser compreendida como uma possibilidade de reordenação e de transformação do trabalho em saúde, ocorrendo nas práticas de saúde cotidianas, entre os profissionais e os usuários, somando-se à capacidade de interação das partes pelo diálogo. De forma similar, o profissional não deve se esquivar da doença, mas privilegiar uma visão abrangente das necessidades de saúde trazidas pelo sujeito. Entende-se que essa forma de cuidar, em construção, advém de um comprometimento ético-político que envolve responsabilidade e a sustenta. Quando as subjetividades se encontram, elas são identificadas. E quando o cuidado humanizado é desenvolvido na prática do saber fazer, o alcance do cuidado integral é potencializado. A humanização é, então, o processo que apresenta como resultado o cuidado na perspectiva da integralidade³⁰. Estudiosos estruturaram uma proposta com a utilização dos quatro "Ps" – predisponente, precipitador, perpetuador e de proteção – para sistematizar a coleta de dados dos casos complexos, como uma forma de abordagem que favorece o desenvolvimento do raciocínio clínico³¹.

A relevância da quarta categoria analítica, que mobiliza a percepção das **necessidades de saúde**, na narrativa do estudante da sexta série, representa como a abordagem BPSA pode contribuir com o cuidado. Necessidades de saúde³² são abordadas como referência para equipes e serviços de saúde, com foco na realidade cotidiana. Os profissionais objetivam alcançar a dimensão individual com possibilidades de colaborar com a melhoria das condições de vida, levando em conta tanto os agentes intrínsecos quanto os externos, ambientais, com perspectivas de acesso às tecnologias, alcançando a dimensão afetiva e a conquista da autonomia.

Há o risco de as necessidades de saúde serem naturalizadas e não se efetivarem em cuidado. Ao serem construídas, possibilitam estratégias para intervenções que não mais as considerem preexistentes e potencializam práticas alternativas com diálogo intersetorial. O programa de prevenção ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) é um exemplo bem-sucedido de atuação intersetorial para resolver as necessidades de

saúde de um grupo populacional por meio de ações coletivas articuladas entre a sociedade civil, as universidades e os serviços públicos³³.

Na quinta categoria analítica, o estudante da sexta série potencializa um espaço que integra a relação médico-paciente e a **humanização**. Refletir sobre a lógica do trabalho médico centrado na doença, que evita a preocupação com as filas de atendimento para resolver o problema de forma rápida, lembra uma produção em série. Presenciar esta prática durante a formação sugere o preparo para um trabalho subsequente que associa o ideário de falta de tempo com sobrecarga de trabalho. O fato de ele ocorrer em um cenário de ensino, em que o estudante narra a anamnese e o professor já discute o diagnóstico, a conduta e, com frequência, até dita a receita comprometendo a estratégia pretendida. Mesmo com recursos tecnológicos, esses espaços até podem ter sido pensados para serem diferentes da realidade e mostrarem ao estudante outra prática, mas a intenção fica prejudicada³⁴.

No que se refere às competências, as DCN sinalizam que a formação médica deve desenvolver: “compreensão e domínio da propedêutica médica [...], capacidade reflexiva e compreensão ética e humanística da relação médico-paciente”¹ (Art. 6º, item IV), como também a capacidade de “comunicar-se com os colegas de trabalho, com os pacientes e com os familiares”¹ (Art. 4º, item III)¹ (p. 2-3).

Os resultados desta pesquisa indicam mobilização da formação médica, como preconizam o SUS e as DCN. Entretanto, eles evidenciam lacunas importantes, como questões ambientais ligadas às práticas de saúde direcionadas a sustentabilidade, comunicação, ética e cidadania. Nessa última lacuna, sobre o reconhecimento dos papéis sociais, é possível inferir que eles não aprendem para a cidadania, mas sim na cidadania. A nosso ver, esses conhecimentos fornecem subsídios à compreensão da complexidade humana e podem contribuir para o aprendizado que considere os aspectos para além da doença e do biológico na elaboração da anamnese.

Formar professores de Medicina com habilidades e conhecimento para lidar com questões ambientais, interligando-as às práticas de saúde, problematizar o uso racional de energia e os impactos das políticas públicas neste setor, amparados por capacitação, pode contribuir para transformar práticas e hábitos, e conscientizar sobre práticas de saúde, validando as propostas públicas direcionadas à sustentabilidade e preservação tanto da vida quanto do planeta. Com esta visão, a globalização equipa iniciativas para tomar decisões de integrar conhecimentos com potência para agir de forma sinérgica e em rede, facilitando ações de cooperação coletivas, que partilhem a preservação do ecossistema e motivem as parcerias,

com estratégias para incluir a diversidade cultural e suas vicissitudes de hábitos e linguagens³⁵.

Em nossa pesquisa não foi referida a aprendizagem de comunicação, embora os estudantes tenham essa prática no Laboratório de Prática Profissional (LPP). A literatura considera que, para favorecer uma comunicação plena, fluente, empática, o estudante deve ter escuta e postura dinâmicas e não se fixar a um roteiro de anamnese. Assim, ele pode facilitar o alcance da subjetividade da pessoa. Muitas vezes, os estudantes não valorizam as habilidades de comunicação adquiridas e não privilegiam esse processo³⁶. Outras estratégias têm sido utilizadas para aprendizagem da habilidade de comunicação do estudante de Medicina, centradas no relacionamento e na arte da improvisação, visando ampliar a autoconfiança e a melhoria do desempenho nos encontros clínicos³⁷.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o problema, o pressuposto norteador e os objetivos desta pesquisa, os resultados apontam que os estudantes compreendem a abordagem BPSA para a elaboração da anamnese e que ela pode subsidiar a melhoria do cuidado. Os alunos da terceira e sexta séries demonstraram semelhanças de entendimento no tocante à priorização do processo saúde-doença com foco na contextualização e a relação médico-paciente evidenciada tanto como escuta e vínculo como humanização. Já as diferenças entre eles sinalizam encadeamento lógico com as vivências da prática. Assim, os estudantes da sexta série valorizam mais o entendimento do ser humano, a potencialidade das necessidades de saúde e a integralidade, enquanto os da terceira série ainda ressaltam, mesmo com menor ênfase, a abordagem biopsicosócio-ambiental para a problematização de recursos e a adesão ao plano de cuidados. A visão dos estudantes das duas séries é, em sua maioria, convergente.

Essas evidências potencializam ligações entre o que é feito tanto na academia como na prática, pois não adianta ter bom currículo e não lidar com a realidade. O pacto entre a academia e o mundo do trabalho em saúde deve ser negociado de forma responsável para que a competência profissional agregue novos paradigmas e traga transformações a partir da intensidade das ocorrências do cotidiano. É necessário interagir com os conflitos das práticas e promover mudanças com força instigadora. Assim, a anamnese ganha proposição no processo de trabalho e pode recuperar seu protagonismo. Nessa perspectiva, a abordagem BPSA no momento de uma anamnese pode possibilitar o empoderamento do sujeito.

Os apontamentos para o risco de prevalecer a integralidade teórica, descritos por estudantes da sexta série, indicam descompasso entre a formação e o mundo do trabalho. Eles

salientam que a própria assistência, nessa fase da formação, contribui para a manutenção do enfoque sociobiológico. Identificam também o desejo de incorporar a teorização à prática do cuidado e sugerem estratégias para o alcance da integralidade ao reconhecerem que o currículo contempla uma anamnese centrada na pessoa e na abordagem BPSA, nos valores e comportamentos que vão ao encontro do compromisso social da educação e da demanda de cuidado da sociedade.

A análise dos dados obtidos, à luz dos referenciais teóricos da formação médica, aponta, no entanto, os seguintes desafios:

- Estimular o estudante a lidar com seu próprio repertório de perguntas assertivas, para aliar sua observação à necessidade de estar disponível e preparado para uma anamnese com abordagem BPSA;
- Formar médicos com uma perspectiva humanística, ou seja, capazes de se relacionar com o outro como sujeito que tem suas dimensões biopsicosócio-ambientais, para o desenvolvimento da consciência ecológica e sustentável desde a elaboração da anamnese;
- Diante da relevância da anamnese para a qualidade do cuidado, encontrar um meio de promovê-la no contemporâneo, em tempo de liquidez de vínculos.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº4 de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p.38.
2. Favoreto CAO. A prática clínica e o desenvolvimento do cuidado integral à saúde no contexto da atenção primária. Rev APS. 2008;11(1):100-8
3. Agamben G. O que é o contemporâneo e outros ensaios. Chapecó (SC): Argos; 2009. (O que é o contemporâneo?)
4. Buzzi A. La entrevista terapéutica. Rev Asoc Méd Argent. 2009;122(3):14-21.
5. Porto CC. Exame clínico: bases para a prática médica. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
6. Barros MEB, Gomes RS. Humanização do cuidado em saúde: de tecnicismos a uma ética do cuidado. Fractal: Rev Psicol. 2011;23(3):641-58.
7. Porto CC. Semiologia médica. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
8. Votre SJ, Rosa ML, Salis LHA, Carvalho DM, Silva NAS. Pergunte de mais de uma maneira: alternativas para aumentar a eficácia da anamnese. Rev Bras Educ Méd. 2009;33(4):648-57.
9. Dichi JB, Dichi I. Agonia da história clínica e suas consequências para o ensino médico. Rev Bras Educ Méd. 2006;30(2):93-7.
10. Borrell Carrió F. Avaliar nosso perfil de entrevistadores. In: Borrell Carrió F. Entrevista clínica: habilidades de comunicação para os profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 37-56.
11. López M. Anamnese. In: López M, Laurentys M, organizadores. Semiologia médica: as bases do diagnóstico clínico. 5.ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2004. p. 23-38.
12. Sampieri RH, Collado CF, Lucio, PB. Metodologia de pesquisa. 3.ed. São Paulo: McGraw-Hill; 2006.
13. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Almedina Brasil; 2012.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 16 out 1996; Seção 1: 2108
15. Moraes MAA, Marvulo MML, Bracciali LAD, Costa MCG. O uso da simulação como estratégia avaliativa na graduação em saúde. In: Moraes MAA, Tonhom SFR, Hafner MLMB, Gomes R, organizadores. Avaliação nos Cursos de Medicina e Enfermagem: perspectivas e desafios. Curitiba: CRV; 2012. p. 143-158.
16. Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 25a ed. Petrópolis: Vozes; 2007. p. 79-108.
17. Nunes ED. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 19-39.
18. Aguiar AC, Ribeiro ECO. Conceito e avaliação de habilidades e competência na educação médica. Rev. bras. educ. med; 34(3):371-378.
19. Brasil. Diário oficial da União. Lei nº 12864/2013. Altera o caput do artigo 3º da Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990. Brasília – DF, 25 de setembro de 2013. Seção 1 – p. 5.
20. Gomes AP, Rego S. Transformação da educação médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem? Rev. bras. educ. med. 2011;35(4):557-566.
21. Komatsu RS. Aprendizagem baseada em problemas: sensibilizando o olhar para o idoso. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica; 2003.
22. Schestatsky SS. Desenvolvimento e estruturação da personalidade. In: Brasil MAA, Campos EP, Amaral GF, Me-

- deiros JGM, organizadores. *Psicologia médica: a dimensão psicossocial da prática médica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012. p. 26-31.
23. Ribeiro MF, Amaral CFS. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. *Rev Bras Educ Méd*. 2008;32(1):92-5.
24. Siqueira JD. A relação médico paciente em tempo de individualismo. Disponível em: <http://www.portal.cfm.org.br/index.php?option=comcontent&view=article&id=23695:&catid=46>. [Capturado em: 06 fev. 2014].
25. González AD, Almeida MJ. Integralidade da saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(3):757-62.
26. Higa EFR, Hafner MLMB, Tonhom SFR, Taieiro EF, Moreira HM, Guimarães APC, et al. Indicadores de avaliação em gestão e saúde coletiva na formação médica. *Rev. bras. educ. med.* [online]. 2013;37(1):52-59.
27. Stamm AMNF. Raciocínio clínico no diagnóstico médico [tese na Internet]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2007. 243 p. [citado 30 mar 2012]. Disponível em: <http://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/90332/241054.pdf?sequence=1>.
28. Oliveira CO, Cutolo LRA. Humanização como expressão de integralidade. *Mundo Saúde*. 2012;36(3):502-6.
29. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS, ABRASCO; 2001. p. 113-26.
30. Camargo Junior KR. As necessidades de saúde à demanda socialmente constituída. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ:ABRASCO; 2005. p. 91-101.
31. Havighurst SS, Downey L. clinical reasoning for child and adolescent mental health practitioners: the mindful formulation. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2009;14(2):251-71.
32. Rios IC, Scharaiber LB. *Humanização e humanidades em medicina: a formação médica na cultura contemporânea*. 1.ed. São Paulo: Unesp; 2012.
33. Faculdade de Medicina de Marília. *Necessidades de saúde 3 e prática profissional 3: 3ª série do Curso de Medicina*. Marília (SP): Faculdade de Medicina de Marília; 2013.
34. Faculdade de Medicina de Marília. *Estágio Integrado: Saúde do Adulto II Saúde Materno Infantil II. 6ª série do Curso de Medicina*. Marília (SP): Faculdade de Medicina de Marília; 2014.
35. Stewart M, Brown JB, Donner A, Mcwhinney IR, Oates J, Weston WW, Jordan J. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract* 2000;49(9):796-804.
36. Balduino PM, Palis FP, Paranaíba VF, Almeida HO, Trindade EMV. A perspectiva do paciente no roteiro de anamnese: o olhar do estudante. *Rev. Bras. Educ. Med.* [online]. 2012;36(3):335-342.
37. Shochet R, King J, Levine R, Clever S, Wright S. Thinking on my feet: an improvisation course too enhance students confidence and responsiveness in the medical interview. *Educ Prim Care*. 2013; 24(2):119-24.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Elza de Fátima Ribeiro Higa contribuiu substancialmente para o desenho do estudo, aquisição, análise, interpretação dos dados, elaboração da versão final, as devidas revisões críticas ao encaminhamento para a publicação. Antônio Henrique Rodrigues dos Passos contribuiu com reflexões gerais em todas as etapas do trabalho. Os demais autores contribuíram substancialmente com a coleta de dados.

CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Márcia Oliveira Mayo Soares
Rua Cláudio Manoel da Costa nº 432
Bairro Maria Izabel III – Marília
Cep 17.515-460 – SP
E-mail: mmayosoares@gmail.com