

.FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

MÁRCIA OLIVEIRA MAYO SOARES

**REFLEXÕES CONTEMPORÂNEAS SOBRE ANAMNESE NA VISÃO
DO ESTUDANTE DE MEDICINA**

Marília

2013

Márcia Oliveira Mayo Soares

Reflexões contemporâneas sobre anamnese na visão do estudante de
medicina

Dissertação apresentada ao Programa
Mestrado Profissional em “Ensino em
Saúde”, da Faculdade de Medicina de
Marília, para obtenção do título de
Mestre. Área de concentração: Ensino
em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Elza de Fátima
Ribeiro Higa

Co-orientador: Prof. Dr. Antônio
Henrique Rodrigues dos Passos

Marília

2013

Autorizo a reprodução parcial ou total deste trabalho, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da Faculdade de Medicina de Marília

Soares, Márcia Oliveira Mayo
Reflexões contemporâneas sobre anamnese na
visão do estudante de medicina/ Márcia Oliveira Mayo Soares.
- - Marília, 2013.
94 f.

Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em
Saúde) – Faculdade de Medicina de Marília.

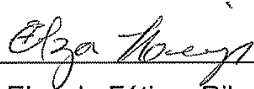
1. Anamnese. 2. Assistência integral à saúde. 3.
Educação médica.

Márcia Oliveira Mayo Soares

Reflexões contemporâneas sobre a anamnese na visão do estudante de
medicina

Dissertação apresentada ao
Programa Mestrado Profissional em
"Ensino em Saúde", da Faculdade
de Medicina de Marília, para
obtenção do título de Mestre. Área
de concentração: Ensino em Saúde.

Comissão Examinadora:



Profa. Dra. Elza de Fátima Ribeiro Higa
Faculdade de Medicina de Marília



Prof. Dr. Ricardo Shoiti Komatsu
Faculdade de Medicina de Marília



Prof.^a Dr.^a Carla Guanaes Lorenze
USP de Ribeirão Preto

Data da aprovação: 26/07/2013

Dedico esta pesquisa aos queridos avós, já encantados, pelo carinho ao apresentar e creditar a mim a matriz que valoriza o contato humano.

Aos pais Geni e Waldomiro pelo amor incondicional, dedicação e presença desde o primeiro olhar.

Ao irmão Júnior e toda a família.

Ao parceiro de vida, Francisco Venditto Soares, pelo carinho e cumplicidade, apoio e atuação decisiva nos momentos de dificuldades.

Aos filhos, Bruna, Fernando e Gustavo, cada um com seu estilo de afeto e humor, pelas conversas intermináveis degustadas com amor e respeito, desde embriões.

À dona Mariazinha e dona Joaninha, sogra e sua melhor amiga, pela torcida.

AGRADECIMENTOS

A Deus por acompanhar-me em toda esta trajetória.

À Profa. Dra. Elza de Fátima Ribeiro Higa, minha orientadora nesta pesquisa, pelo acolhimento, disponibilidade e atenção, cuidado com o bem-estar físico, competência e precisão para zelar pelos limites do foco e, principalmente pela dedicação em estimular avanços com sabedoria.

Aos colegas de trabalho, à Prof. Dra. Ieda Francischetti e à Prof. Dra. Maria José Sanches Marin pelos esclarecimentos e motivação, à Aline pelo apoio técnico durante a concepção do projeto antes da inserção no programa, às colegas Camila, Lilian, Danielle, Vera, Ana Carolina, pela força, estímulo e solidariedade, incluindo os bebês nas barrigas, pela troca de emoções não verbais.

À Direção Geral da Famema, à Diretoria da Pós-Graduação, professores do Mestrado Profissional Ensino em Saúde da Famema, professores convidados, às secretárias da Graduação, às da Pós-Graduação: Heloísa, Alessandra e Franciele, à secretaria Clara, do Algarve, às bibliotecárias: Helena Maria da Costa Lima, Josefina Barbosa de Faria, Cláudia Lima Cabral Plates, pela contribuição fundamental à pesquisa, e a todos que indiretamente participaram desta.

À banca de qualificação e defesa: Prof. Dr. Ricardo Shoiti Komatsu, Prof. Dr. Zamir Calamita, Prof. Dr. José Bitu Moreno, Profa. Dra. Magali Aparecida Alves de Moraes, Profa. Dra. Carla Guanaes Lorenzo e Prof. Dr. Nelson Filice de Barros, pelo compartilhamento de saberes, essenciais à finalização da pesquisa.

Ao Prof. Dr. José Ponte, diretor do curso Mestrado Integrado em Medicina da Universidade do Algarve em Faro, Portugal, pela oportunidade, aos professores tutores, na pessoa do Prof. Dr. José Pedro Quítalo Marvão pelo acolhimento, aos professores da Saúde Geral da Família, representados pelo Dr. Luís Filipe Ribeiro de Almeida Gomes pela dedicação, e ao Banco Santander pela Bolsa Fórmula.

Aos estudantes da Famema e da Universidade do Algarve por participarem da pesquisa, em especial a Cássio, Rebeca, Maelly e Lorine, da Famema, pela disponibilidade e colaboração na coleta de dados, e a Ana Isabel e Agostinho Gonçalves, da Universidade do Algarve, pela receptividade alegre e generosa.

Aos amigos, André, Alice e Anna Carolina pelo carinho e sinceridade.

Às minhas células pelo bom comportamento, ao Zion, meu amigo, fiel escudeiro e a “querida estrela” Bjelker.

“O que melhora o atendimento é o contato afetivo de uma pessoa com outra. O que cura é a alegria, o que cura é a falta de preconceito.”

(Nise da Silveira)

“Fotografar, é colocar na mesma linha de mira, a cabeça, o olho e o coração.”

(Henri Cartier-Bresson, 1994)

RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo identificar, descrever e analisar a compreensão dos estudantes de medicina da 3ª e 6ª séries, bem como comparar as visões entre as duas séries, sobre a abordagem biopsicosócio-ambiental contida na anamnese e sua contribuição para o desenvolvimento do cuidado na perspectiva da integralidade. A anamnese contempla conhecimento científico, habilidade técnica e relacional, clareza de comunicação e valores como a capacidade de respeito, interesse, autenticidade, coerência, compreensão empática e postura ética. Trata-se de uma pesquisa não experimental, transversal, com objetivo exploratório e descritivo e abordagem qualitativa, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília (Famema), sob o protocolo nº 1400/11. Participaram 80 estudantes, sendo 40 da 3ª série e 40 da 6ª série do Curso de Medicina da Famema. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário previamente estruturado contendo duas perguntas abertas: 1. Qual a sua compreensão sobre o conceito da abordagem biopsicosócio-ambiental presente na anamnese? E, 2. Como a abordagem biopsicosócio-ambiental, presente na anamnese, pode contribuir para o alcance da integralidade do cuidado? Os resultados foram analisados pela Técnica da Análise de Conteúdo, Modalidade Temática. A análise apontou, na questão um, três categorias: compreensão de saúde na formação médica, processo saúde-doença e relação médico-paciente. Os estudantes da 3ª série enfatizam a personalização da anamnese, e os da 6ª apontam a abordagem BPSA como ferramenta para a construção da anamnese, de acordo com o que preconizam o Sistema Único de Saúde, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e para além da técnica, incluem a espiritualidade. Da questão dois emergiram cinco categorias: formação médica, como preconizada nas DCN, competência profissional, raciocínio clínico, necessidades de saúde e humanização. Os estudantes da 3ª série consideram sistematização, gestão do cuidado, competência profissional e relacionam a abordagem BPSA à integralidade, incluindo o raciocínio clínico, as comorbidades, as necessidades de saúde e os vínculos. Os da 6ª série exemplificam a integralidade com resgate histórico e revelam preocupação frente às contradições entre a prática educativa e o cuidado no mundo do trabalho.

Palavras chaves: Anamnese. Assistência integral à saúde. Educação médica.

ABSTRACT

This research intends to identify, to describe and to analyze 3rd and 6th series medical students' learning, comparing their views on biopsychosocial and environmental approach in anamnesis, and its contribution in developing an integrated care. The anamnesis comprises scientific knowledge, technical and relational skills, clear communication and values such as respect, interest, authenticity, consistency, empathy and ethics. This is a non-experimental and cross-sectional research, with a qualitative approach and an exploratory and descriptive aim. It was approved by Research Ethics Committee of Marília Medical School (Famema) under the protocol nº 1400/11. Eighty students have been taking part in this research, 40 of them from 3rd grade and 40 from 6th grade of Medical Course at Famema. Data collection was achieved by a previous structured questionnaire with two open questions: 1. "What's your understanding on biopsychosocial and environmental approach in anamnesis?", and 2. "How biopsychosocial and environmental approach in anamnesis can contribute to an integrated health care?" The results were analyzed by thematic content analysis. In relation to the first question, the analysis pointed to three categories: health understanding in medical education; health-disease process; and doctor-patient relationship. Third grade students have emphasized a personalized anamnesis, while 6th grade students have pointed out biopsychosocial and environmental approach as a tool for anamnesis, according to Unique Health System and National Curriculum Guidelines, including spirituality aspects. Concerning the second question, five categories emerged: medical education according to National Curriculum Guidelines; professional competence; clinical reasoning; health needs; and humanization. Third grade students have considered systematization, health care management and professional competence. In addition, they related biopsychosocial and environmental approach to integrality, including clinical reasoning, comorbidities, health needs and emotional bonds. Sixth grade students have identified integrality with historical data rescue, and they have shown some worry about inconsistencies between educational practice and health care in the workplace.

Keywords: Anamnesis. Comprehensive health care. Medical education.

LISTAS DE SIGLAS

AIDS - Síndrome da imunodeficiência adquirida

APS - Atenção Primária em Saúde

BPSA - Biopsicosocio-ambiental

CDUS - Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

CNDSS - Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

LPP - Laboratório de Prática Profissional

OMS - Organização Mundial da Saúde

OSCE - *Objective Structured Clinical Examination*

RNPT - Relação médico-paciente terapêutica

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UES - Unidade Educacional Sistematizada

UPP - Unidade de Prática Profissional

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Apresentação	12
1.2. Justificativa	13
2 OBJETIVOS	15
2.1 Objetivo geral	15
2.2 Objetivos específicos	15
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
3.1 Desafios psicossociais e culturais para a realização da anamnese na contemporaneidade.....	17
3.2 Anamnese: considerações históricas	21
3.3 Anamnese com abordagem biopisocossocial na formação médica.	28
3.4 Formação médica no Brasil.....	33
3.5 Cuidado em saúde.....	38
4 MATERIAIS E MÉTODOS	44
4.1 Tipo de pesquisa	44
4.2 Procedimentos éticos	45
4.3 Locais da pesquisa.....	45
4.4 Participantes e procedimento	46
4.5 Instrumentos de coleta de dados	46
4.6 Análise dos dados	47
4.6.1 Pré-análise	47
4.6.2 Exploração do material.....	48
4.6.3 Fase interpretativa	49
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	51
5.1 Resultados obtidos na análise da primeira questão	51
5.1.1 Saúde na formação médica.....	51
5.1.2 Processo saúde-doença.....	54
5.1.3 Relação médico paciente	60

5.2 Resultados observados na segunda questão.....	62
5.2.1 Formação médica como preconizada pelas DCN	62
5.2.2 Competência profissional	65
5.2.3 Raciocínio clínico	71
5.2.4 Necessidades de saúde	72
5.2.5 Humanização	74
5.3 Compreensão da abordagem BPSA contemplada na anamnese entre os estudantes da 3ª e 6ª séries	77
5.3.1 Análise da primeira questão 1	77
5.3.2 Análise da segunda questão 2	77
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
REFERÊNCIAS.....	82
APÊNDICES	91
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	91
APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados.....	92
ANEXO	93
APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	93



(Henri Cartier-Bresson)

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação

A mobilização e o resgate de experiências prévias permitiram o despertar para sistematização do conhecimento, até então, pouco vivenciada. Esta elaboração considera que um trabalho científico¹ se projeta, por meio de método adequado, para além do senso comum e nos aproxima da realidade sem deixar de ser suficientemente criativo e flexível. Tal possibilidade, preconizada por uma mente aberta, pode encontrar algo novo. Assim sendo, o objeto de estudo pede a descoberta dos próprios caminhos, a fim de possibilitar trocas e propostas de novas ações que favoreçam a ampliação de múltiplos olhares.

Nesta trajetória, a escolha pela Medicina nasceu naturalmente, desde muito cedo, pelo gosto de observar, de escutar histórias e pela curiosidade. A partir da adolescência, a proximidade com práticas coletivas sociais, permeadas por cuidados, levou-me à formação médica, com interesse pela clínica e, depois, direcionou-me à especialidade Psiquiatria. Esta especialidade propicia o trabalho em equipes multiprofissionais, atuação em grupo de terapia, visitas domiciliárias, observação de bebês, atividades acadêmicas, análise judiciária, psicoterapia e atividades com educação permanente, atividades em que predominam os interesses pelo potencial humano e pela vivência de relações, os quais foram despertados e renovados na realização dessa pesquisa.

1.2. Justificativa

O contato com as metodologias de aprendizagem ativa, ocorrido em 2008, durante as atividades realizadas no Laboratório de Prática Profissional (LPP) para o desenvolvimento das habilidades de comunicação e a participação no *Objective Structured Clinical Examination* (OSCE) de pediatria, em exames de residência médica, fez-me perceber desejo de conhecer, com profundidade, a compreensão dos estudantes sobre a anamnese e suas dimensões, especificamente pela abordagem biopsicossocio-ambiental para o alcance do cuidado integral à saúde.

Essa vivência, despertou-me reflexões quanto à permanência dos processos de trabalho e de educação pautados no referencial biomédico e sua interferência na construção da capacidade da escuta ampliada, requerida para a elaboração de uma anamnese que contribua com o desenvolvimento do cuidado na perspectiva da integralidade. Em vista disso, faz-se necessário um estudo mais acurado sobre os significados que estão emergindo dessa prática, considerando, sobretudo, o aspecto multifacetado e o caráter multidimensional desse tipo de abordagem. Esta pesquisa faz, então, reflexões com o objetivo de compreender a elaboração da anamnese e sua relação com o alcance do cuidado na perspectiva da integralidade. Frente a essas considerações, o problema da pesquisa se traduz da seguinte forma: como os estudantes compreendem a abordagem biopsicossocio-ambiental (BPSA), contida na anamnese e qual a contribuição dela para o desenvolvimento do cuidado na perspectiva da integralidade. Assim sendo, este estudo enfoca, portanto, a importância das variáveis BPSA como preconiza as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e o Sistema Único de Saúde (SUS).

Para ampliar a reflexão sobre esses aspectos, esta pesquisa parte dos desafios psicossociais e culturais na contemporaneidade para a realização da anamnese e caminha na historicidade da formação médica e da própria anamnese para o desenvolvimento do cuidado. Acredita-se, enfim, que o investimento na formação médica favorece a transformação das práticas, sendo o pressuposto norteador desta pesquisa que a compreensão da abordagem BPSA contida na anamnese precisa ser ampliada na formação médica, cujo perfil preconiza o cuidado para além da doença e do biológico.



(Henri Cartier-Bresson)

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar o entendimento da abordagem BPSA da anamnese para o cuidado na perspectiva da integralidade, na visão dos estudantes de medicina da 3ª e 6ª séries da Famema.

2.2 Objetivos específicos

Descrever a compreensão que os estudantes têm sobre a abordagem BPSA na anamnese;

Identificar, na visão dos estudantes, como a abordagem BPSA contribui para o alcance da integralidade; e

Comparar a compreensão das abordagens BPSA contempladas na anamnese pelos estudantes da 3ª e 6ª séries da Famema, respectivamente.



(Henri Cartier-Bresson)

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Desafios psicossociais e culturais para a realização da anamnese na contemporaneidade

Por contemporaneidade² 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 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 percebe-o como algo que lhe cabe, que traduz término de uma compreensão, mas instiga a elucidação.

A contemporaneidade ainda pode ser conceituada como 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 autoleitura. 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 entever luz a partir de sombras, ou seja, refletir a partir das falas e procurar desvelar o latente no manifesto.

A entrevista médica é ferramenta fundamental para se obter uma boa anamnese e estabelecer sólida relação médico-paciente. Trata-se de algo essencial no processo do cuidado, pois a entrevista 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 profissional.³

Para compreender a anamnese na contemporaneidade, é importante ter conhecimento de um conjunto de saberes, dentre os quais estão os fundamentos filosóficos⁴ contidos na sociedade, como o neopragmatismo, que se refere a uma linha de compreensão do mundo, da vida em sociedade e do homem, que contempla a concepção de ser humano com capacidade de se tornar solidário, mesmo se mantendo na posição de indivíduo. Esse sentido conciliatório sinaliza a construção de um modelo social que acolhe o diferente, que rompe com uma visão fragmentada do conhecimento e em que prevalece (um currículo que reflita) o holismo.

Por outro lado, a psicanálise tem focado alguns aspectos da mudança social, expressos na sociedade contemporânea, como o declínio da função paterna, da hierarquia e da transcendência na regulação das relações humanas. Essas condições podem ser precursoras da perversão comum, resultando na consideração da não existência do outro, o que pode estar presente na constituição psíquica dos sujeitos, transformando-o, assim, em neo-sujeitos: aqueles que têm dificuldades de maturação e de estabelecer relações. São pessoas que evitam encontros e não exercem a alteridade. A psicanálise aponta, também, que pode estar havendo mutação no laço social, transformando uma sociedade hierárquica e consistente, apesar de incompleta, em uma sociedade completa, mas inconsistente. Nesse contexto, o individualismo seria uma das consequências lógicas dessa mutação e a educação que é uma das atividades básicas do ser humano, deve se preocupar com o desenvolvimento da percepção do outro, que é diferente de si, reconhecendo as diferenças. Segundo os estudiosos, tradicionalmente, a educação se apoiava nas figuras representativas de autoridade, as quais contribuíam para a formação de um adulto, promovendo condições para superação da imaturidade por meio da aceitação do outro, embora preservando sua singularidade e sua responsabilização pelos próprios problemas. Portanto, na atualidade, há riscos da educação dissolver-se em negociações intermináveis em que todos podem ter razão.⁵

Cabe ressaltar que, na sociedade contemporânea, prevalece a vida líquida.⁶ Cada indivíduo, nesse contexto, está sujeito às mudanças imediatas dos padrões sociais, algo que também requer sua compreensão repentina para responder a essas transformações.

Sustentar, portanto, a existência nessa sociedade tão efêmera⁷ e até contraditória exige do indivíduo mudança em seu modo de agir. Pode-se constatar que a qualidade líquida da vida caracteriza o indivíduo como ser social e sustenta, mesmo por mínimo espaço de tempo, que o sujeito se sinta aprovado e tenha identidade compartilhada pelos demais. Em outras palavras, os indivíduos aceleram suas atitudes e não esperam que mudanças aconteçam a seu tempo; estão sempre se movimentando de forma instantânea e, iludidos, pressupõem a não existência de limites e não conseguem construir referenciais claros do que é início ou fim.

É possível pensar que este tipo de sociedade tende a idealizar a felicidade,⁸ mas, ao considerá-la responsável sua gestão, os indivíduos apenas mascaram o medo de uma existência insuficiente, sem expressão ou sucesso. Sendo assim, essa busca pela liquidez promove um processo de esvaziamento de sentido e de referenciais;⁹ em que os vínculos interpessoais são mais vulneráveis.

Aliados a essa reflexão, determinados princípios podem aprimorar os processos na educação e também na formação médica. Assim sendo, pode-se transitar sobre alguns dos saberes sustentados para a promoção da unidade, considerando a diversidade a partir de reflexões sobre a *condição humana*, entendendo que o ser humano é, na mesma unidade de tempo, um ser biológico, psíquico, social, cultural, e histórico; portanto, é relevante tomar conhecimento e consciência da complexidade de sua identidade. A representação do saber *ensinar os princípios do conhecimento pertinente* enfatiza a promoção de conhecimento com habilidade para reconhecer os problemas globais e fundamentais e agregar os parciais a eles. Na mesma linha de raciocínio, o saber *enfrentar as incertezas* encoraja o reconhecimento da crise dos paradigmas, da complexidade em progressão geométrica no mundo do trabalho e o conseqüente e crescente conhecimento da realidade cotidiana dos serviços de saúde.¹⁰

A importância do patrimônio cultural se dá em virtude de este ser o principal organizador de uma sociedade, na qual a identidade singular de cada um traz consigo tanto o capital identitário cognitivo, que abarca práticas, saberes e regras, quanto o mitológico, com suas crenças, normas, interdições e valores. Desta forma, o patrimônio cultural se agrega ao patrimônio hereditário que, desde o nascimento, vai incorporando as influências descritas, gerando a complexidade social e condicionando a complexidade individual. Portanto, cada indivíduo é simultaneamente um sujeito e um ser pertencente a um todo sociológico. Nas

sociedades históricas, a organização das famílias ocidentais vem-se transformando na contemporaneidade. Embora o casamento deixe de ser exclusivamente por conveniência, as relações entre casais são frágeis e não contornam crises, gerando grande número de divórcios. Há mudanças reprodutivas, que eliminam os pais ou utilizam barriga de aluguel e legitimação de famílias homossexuais. A casa, antes era ocupada por três gerações, passa a ser do casal e dos filhos, com lares reduzidos em relação às crianças. O lar atual quase não tem função produtiva, passando a ser invadido pela economia que vem de fora e pela influência da mídia. Com isso, o papel educativo, antes de responsabilidade da família, fica enfraquecido e passa às escolas e às creches. A cultura, portanto, alimenta a sociedade e pensá-la contribui para o entendimento de seu contínuo movimento de regeneração.¹¹

Eis por que a educação em saúde tem o desafio da compreensão social contemporânea: é preciso identificar possibilidades de conhecimentos que procurem compreender e conciliar o desenvolvimento tecnológico, as mudanças de comportamento, o perfil epidemiológico atual e o caráter mais humanístico da assistência.

Desse modo, a educação médica deve priorizar a formação de profissionais capazes de utilizar a tecnologia para prestar uma assistência de qualidade, por meio da integração entre a ciência e o humanismo.¹²

É possível dizer que as metodologias de aprendizagem ativa representam algumas das estratégias que contribuem para a autoimplicação do estudante com a qualidade de assistência prestada em saúde. Estudos demonstram que o sujeito ativo busca construir seu conhecimento a partir de observações de um fenômeno, reflete sobre ele e reconstrói de saberes com potencialidade transformadora para a prática. A relação dialógica favorece o “aprender fazendo” do educando, pelo questionamento da existência de verdades únicas, por meio do qual o indivíduo aprende a integrar e contextualizar, abrindo possibilidades para pensar interdisciplinarmente.¹³⁻¹⁶

Segundo, o potencial da dimensão BPSA¹⁷ para evidenciar o entendimento do significado da informação em diferentes contextos, como tem sido proposto na atualidade, poderá promover ainda mais o avanço da medicina a partir do conhecimento do genoma de cada pessoa.

Nesse contexto, a comunicação destaca-se dentre os fatores relevantes para a aprendizagem e para o entendimento das informações coletadas na

anamnese. O início da comunicação entre duas pessoas ocorre, primeiramente, entre a mãe e o bebê, numa relação de mutualidade. Essa comunicação depende da capacidade da mãe em estabelecer atitudes que o bebê tenha condições de descobrir, iniciando o desenvolvimento e a conquista de ambos, em que um se identifica com o outro. A partir daí, a sustentação (*holding*) é traduzida por cuidados físicos até se reconhecer quando já não se fazem necessárias, momento em que pode haver desapontamentos. Portanto, esta sustentação, mais tarde, será desempenhada pela linguagem.¹⁸

3.2 Anamnese: considerações históricas

Para promoção de um cuidado ancorado na perspectiva da integralidade iniciando-se pela anamnese, faz-se necessária a sua compreensão etimológica e conceitual.

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 pré-estabelecidos.¹⁹

Historicamente, a anamnese foi desenvolvida com a intenção de direcionar o olhar do médico para a doença, sem considerar a pessoa doente.²⁰ Por este método classificatório, a doença nem mesmo era relacionada ao organismo, pois o órgão acometido apenas servia de suporte aos sintomas apresentados.

Desde a Grécia clássica, a anamnese, enquanto método de interrogatório dos pacientes, era utilizada para aliviar a dor dos enfermos e nela já se utilizavam os termos sinal e sintoma. No século XVII, os médicos raramente examinavam os pacientes e elaboravam as hipóteses diagnósticas em geral por uma história colhida por um assistente. Esses diagnósticos eram realizados a partir de crenças gregas, de que toda doença era um simples desequilíbrio entre os quatro humores: fleuma, sangue, bile amarela e bile negra. Um dos primeiros médicos a iniciar o tratamento na prática à beira do leito foi Thomas Sydenham. Após a Revolução Francesa, os diagnósticos passaram a seguir uma sistemática científica adotada nos hospitais de Paris.²¹

Devido ao enfoque na doença durante a anamnese, segundo a descrição desse autor, descreve que a partir do século XIX foram considerados aspectos

objetivos e subjetivos. Assim, a anamnese e o exame físico foram recomendados para realização dos diagnósticos. Iniciaram-se as práticas laboratoriais e houve avanço das ciências básicas, e uso de todos os recursos para a realização do exame físico à beira do leito, sistematizando-se a ordem: inspeção, palpação, percussão e ausculta. Para isso o médico devia ter qualidades como humanismo, benevolência, piedade, harmonia com a natureza e ajustamento de nomes, enquanto fatores precursores de confiança. Esse conceito evoluiu para outras qualidades requeridas ao médico, tais como: compreensão dos princípios da razão lógica, da limitação do conhecimento, das informações de interesse clínico, da gentileza, da segurança, da competência e da confiança; da observação; da simpatia e da assistência humanizada.

O autor identifica ainda alguns dos princípios básicos do processo clínico, como desenvolver um banco de dados sobre a história, exame físico e exames complementares do paciente. Salaria algumas considerações sobre o perfil do paciente, como estresse; respostas pouco claras e considerações sobre doenças (se é casual, aguda ou crônica, se tem conhecimento prévio e medo da doença). Apresenta uma estrutura formal da história médica: “1. Apresente-se nominalmente, 2. Dê um aperto de mão, explique o que vai fazer.; 3. Assegure privacidade e sossego; 4. Encorajamento narrativo; 5. Organização cronológica dos fatos; 6. Síntese; 7. Fechamento da entrevista com esclarecimentos apropriados ; 8. Explique sempre o que vai fazer - o passo seguinte; 9. Roupa adequada (uniforme); 10.Linguagem corporal adequada; 11.Contatos oculares e físicos (naturais); 12.Encorajamento narrativo - Mostre iniciativa; 13.Senso de humor e interesse , e 14.Uso do silêncio em questões polêmicas”.²¹

O mesmo autor aponta que toda informação obtida na anamnese deve ser preferencialmente emitida pelo doente e se constitui dos fatores cognitivos e emocionais. Deve ser observada a ansiedade do contato inicial, bem como suas condições culturais, de humor, de entendimento e de comunicação verbal e não verbal.

Nas últimas décadas²², a anamnese se mantém insubstituível quanto ao questionamento se haveria possibilidade de ser trocada pelo uso de computadores na prática médica. De acordo com alguns médicos questionados, há dúvidas em relação à eficácia desses visto que a memória de um computador já contém informações presentes em tratados de medicina, o que sinaliza total antagonismo

nesta relação, descartando a substituição de uma por outra. Observa-se que os médicos que tiram o melhor proveito de métodos complementares tecnológicos são os que dominam conhecimento clínico.

A prática clínica consiste na rememoração dos eventos pregressos relacionados à saúde, identificação dos sinais e sintomas, ou seja, a busca do entendimento, da forma mais precisa possível, da história que traz o paciente à consulta.²³ O ato comunicativo é essencial e implica saber ouvir. A narrativa dependerá da atenção. O tempo demandado para a anamnese tem sido reduzido, o que favorece um prejuízo na relação médico-paciente, uma vez que a compreensão do paciente prevalece. É preciso que haja a devida correlação entre a sintomatologia relatada com o paciente e a observação médica.²¹

O desenvolvimento da anamnese²³ também pode ser descrito em etapas: queixa principal, sendo o motivo que o traz a busca de cuidados, vista com soberania, ligada a uma rede constituída por demais sinais e sintomas. Nessa referência, o cuidado essencial sinaliza que é a queixa do paciente que deve prevalecer. Na sequência, a história da moléstia atual, contada pelo paciente naturalmente ou permitindo ser entendida nas entrelinhas, facilita a formulação diagnóstica, tendo, como agente codificador, o conhecimento clínico. Seguem-se os antecedentes pessoais, fisiológicos, familiares, epidemiológicos, patológicos e sociais, que traduzem o perfil precursor da enfermidade, ou demonstram as prováveis ligações com o processo atual. Eles contribuem para o descobrimento do significado orgânico, psíquico e social que a alteração traz, tanto para o próprio paciente como para a família e para seu papel funcional.

A anamnese²⁴ é uma entrevista e, como tal, são necessárias a comunicação não verbal, a verbal e a escrita. O diálogo estabelecido permite reconstituir os fatos que denotam alguma diferença significativa. A anamnese pode ser conduzida de diferentes maneiras, que variam de relatos livres e espontâneos até ser dirigida quando há certa condução em relação à forma e tem como objetivo delimitar o foco. A construção da história clínica vai além do simples registro e o médico, ao longo de suas experiências, desenvolve maior competência profissional para esta prática. Em sua construção, ressaltam alguns procedimentos, tais como: aproveitar o primeiro contato para estabelecer a relação médico-paciente; observar as condições culturais; usar de refinamento para observar tendências que abordem questões que envolvem estigmas ou afetam a intimidade; abster-se de influenciar com sugestões;

ser exaustivo na caracterização dos sintomas com conhecimento; lembrar-se da possibilidade de que dados mal coletados podem conduzir a diagnósticos equivocados; e organizar, mentalmente e de forma lógica os dados com cuidado para que eles permitam desenvolver raciocínios. Sempre deve haver interesse pela pessoa com quem vai se contactar, pois tudo que ela tem a mostrar-nos é significativo, inclusive as reações manifestas desse encontro devem ser processadas e pensadas sem pressa e sem idéias pré-concebidas.

Destaca-se também a percepção do sintoma-guia, sintoma ou sinal que facilita a recomposição dos fatos atuais com precisão. Para tal, não há regras pré-estabelecidas, além do alerta de que muitas vezes há inter-relações entre eles. Ao se delimitar a lógica temporal e a evolução, vão se estabelecendo correlações. Desenvolver habilidades para entender a linguagem corporal pode revelar o sintoma de forma direta, indireta ou simbólica. Deve-se prezar a indissociabilidade corporeamente, uma vez que essa unicidade revela a importância de se entender o contexto sócio cultural nas suas variações.

Por esta ótica, ainda se sinaliza que se faz necessário ter cuidado para a análise de um sintoma, como estar atento ao início. Relacionar se ocorre de forma episódica, focar o primeiro episódio, caracterizando-o em relação ao modo, se súbito ou insidioso, quais os fatores desencadeantes do sintoma ou que o acompanham e sua duração. Devem-se salientar dados sobre localização, qualidade, intensidade e relações com órgãos diretamente ligados, de forma sistêmica. Quanto à evolução, é necessário analisar as alterações ocorridas, inclusive com registros de tratamentos anteriores realizados. Quando houver mais de um sintoma, procurar definir as relações entre eles, identificando o sintoma guia.

Além de registrar o que a pessoa diz sobre si mesma, o objetivo fundamental da anamnese é coletar dados subjetivos da pessoa e buscar descrevê-la como um todo, seu estilo de vida e sua interação com o meio ambiente.²⁵ Seu propósito básico é promover o bem estar da pessoa. Fundamentalmente, são três os objetivos da anamnese: coletar e fornecer informações, estabelecer uma relação de apoio e desenvolver a confiabilidade. Essa atividade demanda ao entrevistador habilidades interpessoais como a comunicação e a relação terapêutica.²⁶

A importância de obter uma anamnese fidedigna, que contribua para o estabelecimento de uma boa relação médico-paciente, também é descrita na literatura como um processo dinâmico constituído de cinco etapas.³ A primeira

compreende a atitude de respeito e de comunicação do médico considerando a procedência da pessoa. Na segunda etapa, apresenta-se a importância do contato visual e a disposição para ajudar, demonstrando empatia e apoio e mensagem verbal e não verbal clara. Na terceira etapa, devem-se focalizar os tópicos determinados: linguagem compreensível de acordo com o entendimento do paciente, perguntas claras, curtas, simples e de fácil compreensão, evitando uso de termos técnicos, as perguntas devem se referir a um só tópico e serem elaboradas com a possibilidade de respostas abertas. As perguntas indiretas não apresentam a possibilidade de sim ou não como resposta, pois elas propiciam o diálogo e podem favorecer a modalização; desse modo, devem ser evitadas perguntas diretas e fechadas que limitam a narrativa do paciente, e elaborar perguntas “produtivas” que consistem num encadeamento de perguntas indiretas e empáticas. Na quarta etapa, o médico obtém informação específica e é esse o momento para esclarecimento das queixas relatadas. A quinta etapa compreende a finalização da anamnese, em que o médico deve enviar sinais ao paciente de que a entrevista está caminhando para a sua conclusão. Uma das maneiras de fazer isso é perguntar ao paciente se ele quer fazer mais alguma pergunta. O comentário final fica a cargo do médico. A entrevista não deve ser interrompida bruscamente e o médico não deve omitir alguma idéia ou explicá-la de forma resumida. Nessa etapa também pode ser marcada a próxima consulta.

Uma anamnese verdadeira²⁷ 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 no que se deseja.

Segundo²⁸ a qualidade das informações e a existência delas nos prontuários dos pacientes sinaliza-se sua importância pela possibilidade de leitura dos registros, em anotações legíveis, sobre identificação, motivo da consulta, tratamento e até orientações e informações de serviços de outras especialidades. O predomínio de registros refere-se ao diagnóstico; quando o registro segue certa sistematização, observa-se que isso promove melhora no processo mental do profissional e na relação médico-paciente. As auditorias também conseguem resultados satisfatórios quando ocorrem de forma processual, com retroalimentação contínua, sendo que sua efetividade leva em conta o receptor, o formato, as fontes, a freqüência e a

duração. Assim, os profissionais acordam e revisitam suas práticas, contribuindo com a organização de critérios que devem ser analisados.

Experiências²⁹ com os estudantes do 5º ano de medicina, no papel de pacientes simulados para a aprendizagem da história clínica, vêm sendo desenvolvidas e, segundo a organização, apontam para a melhoria da habilidade de comunicação e para avaliação de sua qualidade quanto a conteúdo, inclusão de todas as partes da história clínica, expressão e uso de terminologia médica, trabalho em equipe, motivação e interação de conhecimentos para o desenvolvimento da competência profissional.

Podem ser utilizados materiais educativos,³⁰ inclusive com recursos audiovisuais para contribuir com a avaliação das competências adquiridas pelos estudantes: habilidade para adquirir informação conversando com o paciente, conhecimentos e compreensão para recordar a informação relevante em relação aos aspectos clínicos como objeto para promover a atenção efetiva para os pacientes; atributos interpessoais, que são os aspectos pessoais e profissionais que possibilitam ao médico aplicar conhecimentos relevantes, destrezas clínicas, atributos para o manejo dos problemas clínicos e habilidade para a realização de procedimentos, além do uso de técnicas específicas do cuidado.

A valorização do contato³¹ com o paciente qualifica uma boa anamnese, embora a disponibilidade tecnológica tenha levado muitos a considerarem-na 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 oportuniza uma boa anamnese, ainda que para realizar essa prática seja preciso dedicação e tempo adequado.

Observar o perfil do egresso/profissional³² do estudante de medicina, levando-se em conta os princípios do SUS e as DCN, na busca de uma formação de médico generalista, crítico-reflexivo e humanista, com foco na integralidade, pode contribuir para seu exercício. Nesse contexto, salienta-se a importância da compreensão do sistema de saúde desde o início da formação, por meio da inserção do estudante no mundo do trabalho e de equipe. Isso ressalta a necessidade de compreensão conceitual e operacional dos caminhos possíveis da integralidade por parte de todos os envolvidos no setor saúde, desde as instituições formadoras, envolvendo as equipes de trabalho e até os gestores.

A integralidade, enquanto princípio do SUS, pauta-se em um conjunto de ações com o objetivo de considerar o sujeito com seus desejos, escolhas, sentimentos com abrangência multidimensional, biológica, técnica, social, econômica, política, cultural, espiritual e psicológica, ou seja, holisticamente para que se garanta ações tanto de recuperação, preventivas ou de promoção à saúde em todos os níveis de complexidade, com atenção à questão individual, coletiva e de gestão. Para sua efetivação, faz-se necessária a organização dos serviços com foco no cuidado, uma equipe multidisciplinar, boa relação interpessoal e conhecimentos que conciliem tecnologia, capacidade qualificada de resolubilidade e solidariedade.³³

Ainda cumpre aos profissionais a compreensão do significado do acolhimento, da formação de vínculos, da confiança, como partes essenciais do diálogo entre o profissional e o sujeito, mediados por habilidades de reconhecer possibilidades de ações que sigam a compreensão da contextualização de cada encontro. Daí, a importância de a formação médica ser aprendida e refletida a partir dessa lógica praticada em todos os níveis de atenção à saúde, uma vez que ela contribui para uma visão do sujeito de forma integrada, amplia a capacidade crítico-reflexiva e aproxima a teoria da prática.³³

Em relação aos pré-requisitos para essa semiologia, algumas instituições formadoras consideram a anamnese uma ferramenta importante que, ao estudar os sinais e os sintomas, pressupõe o desenvolvimento de saberes, nas dimensões cognitiva, emocional e psicomotoras, a serem mobilizadas durante a entrevista, subsidiando a escuta e o raciocínio clínico em direção ao diagnóstico.

Experiências bem sucedidas consideram que a melhor opção de aprendizagem do desempenho da semiologia é oportunizar ao estudante a possibilidade de atendimento do paciente no ambulatório, promovendo a correlação teórico-prática, o que, simultaneamente facilita sua definitiva imersão no estudo e no aprendizado da clínica. Evidencia que o primeiro passo é buscar uma relação com enfoque afetivo aprofundado, exercitando o olhar compreensivo, que tanto promove o acolhimento, quanto favorece a formação de vínculos e a geração de empatia. Além disso, trata-se de uma ação que prioriza essencialmente a transformação dos pacientes em sujeitos, amplia a assertividade, demonstra interesse pela maneira de escutar, falar e observar a dimensão cinésica, aquela caracterizada pelos gestos e impressões, o que fortalece a comunicação não verbal.³⁴

O desenvolvimento das habilidades de comunicação valoriza também a relação ética, respeitosa e cooperativa com a pessoa/acompanhante, facilita a identificação das necessidades de saúde, considerando os aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais, favorecendo o relato do contexto de vida da pessoa para obtenção de dados relevantes da história clínica de maneira organizada cronologicamente.³⁴⁻³⁶

Outra experiência de integração³⁷ ocorre entre os professores da psicologia médica com os das diferentes áreas da semiologia (geriatria, obstetrícia, ginecologia, pediatria e clínica médica) quando se proporciona ao estudante de medicina a integração de aspectos biológicos e sociais relacionados ao processo de adoecer.

Frente ao desenvolvimento de atitudes e habilidades propostas para os estudantes ao longo do curso, tem nos chamado a atenção a realização da anamnese, enquanto disparador do processo de desenvolvimento de competências para se atingir a integralidade do cuidado.

Em concordância com essa proposta, há constatação³⁸ de que, desde o início do século XX, a anamnese e o exame físico já eram estudados concomitantemente ao questionamento dos métodos de precisão laboratoriais, de descobertas de corantes e de Raios X, no sentido de que as doenças precisariam ser diagnosticadas não apenas pelos resultados laboratoriais (consideradas como um atalho), mas reconhecidas por um complexo de sintomas. Torna-se, então, necessário um compartilhamento na responsabilização: a anamnese e o exame físico devem ser somados aos exames laboratoriais.

3.3 Anamnese com abordagem biopsicossocial na formação médica

A anamnese³⁹ pode ser compreendida como um dos desafios da educação médica, que aponta para 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. Neste sentido, 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.

Mediante o avanço farmacêutico e tecnológico, associado à prioridade para procedimentos de alta complexidade, há necessidade de se investir na anamnese para que a relação médico-paciente não fique prejudicada. Para concretizar esse cuidado são necessárias condições que possam contribuir para a prática da escuta atenta, desde repensar o método do vestibular ao curso médico, mudanças curriculares para currículo orientado por competência e utilização de metodologias de aprendizagem ativa e, ainda estímulo às Pós-Graduações.⁴⁰

Estudiosos⁴¹ também apontam para a importância de se reincorporarem à arte da medicina os conhecimentos de humanidades, a fim de preservarem as relações das partes objetivas e subjetivas e, simultaneamente, agregarem-se possibilidades de ampliação do entendimento para equacionar a valorização apenas do corpo em detrimento da pessoa como um todo.

O fato é que, para lidar com essas questões, há de se investir em preparo ao longo da formação que exercite valores e transforme o futuro profissional de aprendiz a cuidador, com práticas que não privilegiem somente ações biomédicas. Porém, se o estudante estabelece contato com a formação por meio de avaliações que exigem conhecimentos científicos específicos, sem levar em conta pré-requisitos que propiciem disposição à mudança de paradigma, é negado a ele o legado humanístico, tão esperado no decorrer da formação. Como já vem estabelecida essa fragmentação primária que mantém-se o risco de não favorecer a integração mente-corpo. Para efetivar o cuidado com foco na pessoa, não somente as necessidades detectadas na escuta devem ser valorizadas, mas a busca pelos espaços em comum entre o futuro médico e a pessoa, com o objetivo de facilitar o contato entre eles desde a abordagem dos problemas, para que compartilhem decisões e responsabilidades.

É preciso ressaltar que, também, a singularidade de cada olhar, inclusive aquela captada pelo mesmo observador, pode ser interpretada de maneira distinta, até mesmo quando se dá sequencialmente. As variáveis dos olhares são inúmeras dependem do referencial. Quanto ao objeto de estudo desta pesquisa, salienta-se o olhar do cuidador que tanto age de forma complacente em relação às potencialidades, quanto às limitações, podendo até cegar a necessidade do cuidador em relação a autocuidar-se. O olhar do estudante pode ser investido quando reconhecida sua curiosidade e busca ativa, já o olhar do educador compreende, potencializa, acolhe e favorece as transformações do processo ensino-

aprendizagem. O olhar-se, comum a todos, é agente de compreensão da própria identidade.⁴²

Considerando a dimensão de saúde e bem estar⁴³, que se configura na articulação de conteúdos aprendidos ao longo da vida, disponibilizam-se ao ser humano e ao seu ambiente possibilidades de relações produtivas e harmoniosas. Neste sentido, a educação em saúde deve enfatizar o entendimento indissolúvel entre corpo e mente.⁴⁴ Entender os determinantes de saúde facilita a ampliação da capacidade das pessoas para aproximarem-se da saúde e do bem estar, como preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS),⁴⁵ que considera a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença.

Os determinantes sociais⁴⁶ podem ser compreendidos pelas condições de vida e de trabalho, implicadas à situação de saúde da população, tanto individual quanto grupal. A Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) detalha, como fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos, raciais, psicológicos e comportamentais, aqueles que influenciam na saúde e nos riscos à população. Segundo a comissão mundial homônima, os determinantes sociais são as condições sociais em que vivem e trabalham as pessoas.

Assim sendo, podem estar envolvidos aspectos físicos, como diferenças de renda e recursos não suficientes de infraestrutura comunitária, que garantam educação, transporte, saneamento, habitação, serviços de atenção à saúde, diretamente ligadas à gestão econômica e à política. Há também as desigualdades sociais geradoras de limitações que favorecem o estresse. A integração dinâmica desses aspectos leva em conta o desenvolvimento de vínculos e associações na comunidade, a historicidade e a perspectiva ecológica, como organiza a figura 1.

Figura 1 – Condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais



Fonte: Buss.⁴⁶

A figura 1 apresenta a disposição dos determinantes sociais⁴⁶ em relação à pessoa, considerados proximais, e a compreensão macro, também denominada macro determinantes. Este modelo, leva em conta primeiramente fatores como idade, sexo, hereditariedade, seguidos pelo comportamento e estilo de vida, as condições econômicas, culturais e ambientais e as relações entre eles.

Para abordar o psicossocial, uma tendência propõe iniciar a investigação pela qualidade do sono, seguida pelos sonhos, o que possibilita perceber ansiedade, oportuniza e facilita a narrativa livre. 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 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 reduzidos.⁴⁷

A reorganização⁴⁸ do modelo assistencial para o desenvolvimento de um cuidado individual que contemple a dimensão psicológica, na perspectiva da integralidade, proporciona meios para o cuidado em equipe menos fragmentado,

advindo daí sua importância. Sob a perspectiva da integralidade do cuidado, deve ainda a anamnese contemplar a relação médico paciente e procurar manter empatia entre os dois. A maneira de observar este efeito se dá pelo comportamento do paciente ao compartilhar sua história e é favorecida quando o contato ocorre por questões abertas. Também é importante a abordagem do sigilo e uma relação natural, afetiva e interessada. As habilidades de comunicação ajudam no processo de interação. Apreciar os recursos de estratégias para também efetivar a comunicação não verbal e expandir a complexidade desta temática, ajuda a pessoa a colocar-se no lugar do outro.⁴⁹

Para atender às propostas recomendadas pelas DCN, em relação à formação do médico com perfil generalista, humanista, com postura crítica e reflexiva, respeitando os princípios éticos, na compreensão do processo saúde-doença para desempenhar a prevenção e a promoção de saúde, na perspectiva da integralidade, comprometido com a cidadania e com a responsabilidade social, é necessário que se potencialize a capacidade de esse profissional realizar a história clínica, considerando os princípios acima descritos, principalmente a compreensão humanística e a relação médico-paciente.⁵⁰

Os fatores ambientais também exercem por sua complexidade, influência sobre a saúde humana. As inter-relações entre os componentes físicos, químicos, sociais e biológicos estão relacionados às condições de vida e devem ser pensados para ampliar a consciência ambiental e a promoção à saúde.

Esse tema foi definido na Conferência das Nações Unidas, em Estocolmo, em 1972, exatamente no período em que o mundo passava pela crise do petróleo. Passa-se a utilizar o termo eco desenvolvimento, demonstrando a preocupação com os recursos não renováveis. Em 1987, o referencial de desenvolvimento sustentável vem empreender o cuidado em se pensar como satisfazer as necessidades sem causar prejuízos posteriores. Com a Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento Rio-92, fica estabelecida, na Agenda 21, a relação da saúde com o ambiente. Além disso, esse documento foca as necessidades de saúde e salienta a importância das inter-relações biológicas, físico/químicas e sociais. A partir daí, entende-se que somada às influências ambientais, a saúde depende das relações entre elas e o ser humano. Em 2002, na cidade de Johannesburgo (Austrália) propõe-se um plano com enfoque nos aspectos sociais e sua relevância no desenvolvimento sustentável. Apesar da ampliação da consciência ambiental, os

desafios são o entendimento dos problemas na esfera macro, com atuações locais, nas diferentes nações. Faz-se necessário buscar soluções para que a clareza, o alcance da comunicação responsabilize e inclua todos na função de construção de um mundo com desenvolvimento sustentável. A proposta do “olhar ecossistêmico da saúde humana aliado às evidências de insuficiência da teoria unidisciplinar, passa a efetivar a abordagem ecossistêmica, com perspectiva transdisciplinar, privilegiando o diálogo, a inclusão do setor público, os cidadãos representantes da sociedade, gestores, funcionários e pesquisadores”. Faz parte dessa prática a teoria sistêmica, criada em 1968 pelo biólogo Ludwig Von Bertalanffy, e a mudança de paradigma que contempla três dimensões: a ampliação da idéia de unidade para complexidade; o movimento de instabilidade dos seres vivos, que sobrepõe a estabilidade de regularidade e o entendimento da intersubjetividade em vez de priorizar a objetividade.⁵¹

A declaração final da Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável (Rio + 20, 2012) está contida no documento: *O futuro que queremos*. No quadro de ação e acompanhamento sobre saúde populacional, aponta-se a importância de concentrar a ação sobre os determinantes sociais e ambientais da saúde, tanto para os pobres, os vulneráveis, como para toda a população, com intencionalidade de criar sociedades inclusivas, justas, produtivas e saudáveis.⁵²

Para compreender a forma de se fazer anamnese, enquanto um conhecimento social, histórico e cultural, é significativo contextualizar a formação médica.

3.4 Formação médica no Brasil

A prática do ensino médico no Brasil torna-se distinta das atividades dos barbeiros, práticos e curandeiros a partir do século XIX, por ocasião da vinda da família real portuguesa ao Brasil. Em 1808, foram criados dois cursos de cirurgia e anatomia nos hospitais militares, no Rio de Janeiro e em Salvador. Era uma assistência acessível apenas à classe senhorial e às confrarias religiosas. As academias médico cirúrgicas, em 1832, foram transformadas em faculdades de medicina e o papel dos médicos, naquele período, sequer era visto como relevante. Esse papel, contudo, passa a ser revertido na medida em que o desenvolvimento da

pesquisa biomédica e a incorporação de tecnologias o fortalecem, efetivando sua presença com a elaboração do Relatório Flexner.⁵³⁻⁵⁴

Esse relatório, publicado por Abraham Flexner em 1910, nos EUA, é considerado precursor de mudanças significativas para a formação médica mundial. Há discussões até hoje em relação aos seus efeitos: tanto de enaltecimento quanto de reflexão pela sua real atenção às necessidades de saúde. Assim, no Brasil destacou-se pela implantação de disciplinas, departamentos e institutos, por especialistas da Fundação Rockefeller entre 1918 e 1925. Nessa época, o pesquisador desempenhava atividade exclusiva para a pesquisa e docência. Desde o relatório, há busca por excelência na formação por médicos e seu empenho científico. Até então, pouco se focava na relação educação médica e prática profissional, tampouco na organização dos serviços de saúde e na preocupação com a saúde das pessoas. O estudo era centrado na doença e o hospital, a sua referência.⁵³⁻⁵⁴

Na década de 70, observou-se que as ações para doenças crônicas eram pouco efetivas, e também se considerou um avanço negativo em relação ao aumento dos custos econômicos. Decorrente disso, foi divulgado o documento Informe Lalonde, no Canadá, evidenciando o quanto era limitado esse modelo biomédico, curativo e com insucesso por não incorporar os determinantes sociais da saúde.⁵⁵

Em 1978 foi convocada a I Conferência sobre Cuidados Primários de Saúde, que preparou a Declaração de Alma-Ata. Na 30ª Assembléia Mundial de Saúde, em 1979, foi proposto o tema Saúde Para Todos no ano 2000 (SPT/2000). Este documento enfatiza a importância da ação conjunta de setores econômicos e sociais para a promoção da saúde. Esses questionamentos coincidem com esta discussão e suas variações que tanto podem influenciar no processo saúde e doença.⁵⁵

Em 1986, a Carta de Ottawa, relaciona valores tais como: solidariedade, equidade de vida, saúde, democracia, participação social, parcerias. Passa-se, então, a priorizar os conceitos básicos de promoção de saúde e a validar a importância da participação social com representatividade garantida.

Concomitante, no Brasil, o movimento da Reforma Sanitária,⁵⁶ levou à Constituinte de 1988 proposta para inclusão, no artigo 196, o Sistema Único de Saúde (SUS), operacionalizado em setembro de 1990 pela Lei 8080. Uma das

atribuições dessa proposta é a responsabilidade pela política de formação e de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde.

Em vista disso, as instituições apontam e discutem a predominância da abordagem biologicista, medicalizante e centrada em procedimentos.¹⁶ Nesse paradigma, o modelo pedagógico de ensino é conteudista, compartimentalizado e isolado, fragmentando os indivíduos em especialidades da clínica, dissociando os conhecimentos das áreas básicas e os da área clínica, concentrando as oportunidades de aprendizagem no hospital. A superação desses aspectos está prevista na proposta de ensino/aprendizagem preconizada nas DCN, que avança para um processo de formação com ênfase no desenvolvimento de um olhar crítico-reflexivo, visando à transformação das práticas.⁵⁷

As DCN⁵⁸ preconizam para formação médica, em seu artigo 3º:

O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional, o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus 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 humano.

Ainda em seu artigo 5º:

V - realizar com proficiência a anamnese e a consequente construção da história clínica, bem como dominar a arte e a técnica do exame físico;

VI - dominar os conhecimentos científicos básicos da natureza biopsicosócio-ambiental subjacentes à prática médica e ter raciocínio crítico na interpretação dos dados, na identificação da natureza dos problemas da prática médica e na sua resolução;

XI - utilizar adequadamente recursos semiológicos e terapêuticos, validados cientificamente, contemporâneos, hierarquizados para atenção integral à saúde, no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção;

XII - reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

Essas perspectivas abertas⁵⁹ com as DCN possibilitaram as reflexões, nas organizações curriculares alinhadas à contemporaneidade, e contribuíram para a efetivação das práticas do SUS. Também visam atender às necessidades da população, uma vez que as contribuições da Atenção Primária à Saúde para a graduação levam os estudantes ao contato com a real complexidade sócio-cultural, favorecendo o olhar individual e coletivo, além de despertar neles a importância da intersetorialidade.

AS DCN sugerem aprofundar o entendimento do processo saúde-doença e oportunizam o desenvolvimento de habilidades de comunicação; prevêm a abordagem centrada na pessoa e, com foco na singularidade e na visão em processo, representam um convite para se observar a prevalência e a incidência de situações específicas. Dessa forma, alcança-se a ampliação para a prática de contextualizar e considerar as fases de vida, as influências familiares, contribuindo para a percepção de movimentos de organização da comunidade, seus modos de produção. Nesse contexto, amplia-se a percepção de um conhecimento dinâmico, da necessária integração de saberes e da diversidade cultural. Como a aprendizagem ocorre em processo, nota-se a possibilidade de integrá-la num modelo em espiral com graus de complexidade.⁵⁹

As DCN, enquanto estratégias didáticas, priorizam a organização nas atividades práticas e nos cronogramas, nos quais os estudantes interagem, participando ativamente com as equipes, mantêm nutridas as metodologias ativas, problematizam, refletem de forma dialógica em sua essência e abrem espaços de trocas com aprofundamento dos métodos avaliativos. Tais cenários apontam a integração de diversos equipamentos da rede de atenção à saúde e programas que acontecem simultaneamente, como os Programas de Residência na atenção básica. Para isto, há necessidade de se criarem vagas docentes, com carga horária adequada, assim como a contratação de outros profissionais treinados e com competência para essas abordagens. Como subsídio, faz-se necessário um Programa de Educação Permanente para a docência em Atenção Primária em Saúde (APS). A partir de então, o fazer médico provirá do aprendizado e da observação, atitudes que favorecem o raciocínio clínico e semiológico, como parte determinante para a evolução da graduação em Medicina no Brasil.⁵⁹

A consideração com cuidado ético e com o saber fazer na área da saúde leva em conta a perspectiva da integralidade e da somatória dos diferentes saberes,

a clareza de comunicação, a garantia de autonomia por parte de usuários e o comprometimento dos gestores nesta direção.⁵⁴ As Conferências Mundiais de Edimburgo, de 1988 a 1993, já haviam estabelecido orientações para as reformas curriculares, entretanto é possível salientar que, mais de dez anos depois das DCN, as mudanças ocorridas no processo educativo, com incorporação de novas metodologias são, talvez, tímidas, convivendo simultaneamente com a permanência de escolas que mantêm grades curriculares focadas em conteúdos e pouca autonomia para desempenhar papéis ativos na sua formação.

A interface ensino- serviço,⁶⁰ indica que a aprendizagem na graduação em medicina deve aproximar os estudantes, logo nas primeiras séries, aos cenários de serviços básicos de saúde, com a devida validação da proposta curricular que oportuniza o diálogo, amplia conhecimento e destaca potencialidades entre as relações, a formação e a prática alinhada às DCN, que indicam a importância da formação na perspectiva da integralidade do cuidado.

A integralidade⁶¹ assume o papel de uma lente que amplia o olhar sobre o planejamento do sistema de saúde, a estruturação dos serviços e a organização de suas práticas. Por outro lado, ela baliza este olhar sobre a realidade por estar, em essência, referenciada nos princípios políticos e ideológicos relacionados à cidadania em suas prerrogativas, como a universalidade e a equidade do acesso e da atenção. A integralidade se estabelece como uma imagem objetiva que promove novos patamares para a abordagem das questões da saúde, seja em relação à definição de estratégias de expansão de serviços de saúde, ou de mudanças do modelo assistencial, centrado no sujeito, em suas necessidades e expectativas. O objeto da atenção dos serviços e de seus profissionais conduz a discussão de questões transversais às ações de saúde, como a efetividade, a continuidade e a terminalidade do cuidado ofertado.

Como a formação médica sinaliza a necessidade da transformação da educação médica, segundo os Ministérios da Saúde e da Educação, tendo em vista o estudante ativo na construção do seu conhecimento,⁶² o referencial humanístico busca agregar à formação científica, o estímulo ao estudante para o cuidado integral. Esse cuidado, está, então, alinhado com a formação de um médico generalista, capaz de exercer papel ativo na intervenção do processo saúde-doença em diferentes níveis, com enfoque na recuperação, na prevenção e na promoção de saúde, por meio da interdisciplinaridade alinhada à complexidade humanística. Um

currículo com este planejamento contempla trabalhar posturas, valores e comportamentos, favorecendo trocas enriquecedoras no que tange ao exercício da sensibilidade e reforça o compromisso institucional com a sociedade.⁶³

Considerando a percepção de preconceito e o desinteresse por temas transversais, como a comunicação, as relações interpessoais, éticas, formas de ouvir, falar, escrever e entender a linguagem verbal e não verbal, direito humano com foco na saúde a partir da realidade sociocultural, ambiental, do trabalho e das fases da vida, faz-se necessário que a formação médica busque desenvolver a capacidade para refletir sobre os conhecimentos e práticas de saúde. Assim, iniciativas de currículo integrado com formação em humanidades têm-se somado ao conhecimento médico na atualidade.⁶⁴

Em 2012 foi elaborada a Carta de Palmas⁶⁵, motivada pela conscientização de que a semiologia, tanto no ensino quanto na prática, é uma ferramenta em que se deve investir a partir da conscientização advinda da preocupação da sua aparente desvalorização. Nesse evento, foram levantados questionamentos do ensino longitudinal da anamnese, evidenciando a importância de sua construção como fator essencial na relação médico-paciente, as habilidades de comunicação necessárias para facilitar este processo, o raciocínio clínico-diagnóstico, o exercício da autocrítica e o reconhecimento do valor do registro médico. O foco levantado foi a complexidade humana e os requisitos para alcançá-la por meio do entendimento contextualizado de fatores que revelem valores, crenças, religião, comportamentos sócio-culturais e seu papel nas tomadas de decisões que levam ao desenvolvimento do cuidado na perspectiva da integralidade.

3.5 Cuidado em saúde

A compreensão de cuidado em saúde considera a complexidade e a multidimensionalidade, revela ser um produto construído socialmente, no cotidiano e de forma dinâmica. Dependendo do referencial filosófico, político, ideológico e econômico, o cuidado revela a forma como é percebido.⁶⁶

O entendimento de que ecossistemas naturais fazem parte do cuidado na medida em que dados históricos sinalizam suas relações em as populações, indica a multiplicidade de formas, tanto do sujeito que cuida como do que é cuidado, com influências da dimensão cultural e do ambiente.⁶⁷⁻⁶⁸

Tanto “o cuidar ao fazer”, quanto “o fazer com cuidado” sinalizam um papel ativo, que traduz a natureza intrínseca humana. Aliada à saúde ou à doença, a revelação do cuidado, enquanto essência da vida, pode ser exemplificada pela falta desse cuidado que pode gerar situações de risco, quanto pela sua importância na manutenção da vida.⁶⁹

O cuidado⁷⁰ pode ser compreendido como uma atitude prática, clarificada pela interação entre sujeitos na busca de alívio para um sofrimento, ou para uma sensação de bem-estar, a qual leva em conta todos os saberes envolvidos para este fim.

O cuidado ainda pode ser considerado pela na perspectiva ontológica, na qual Heidegger, em “Ser e Tempo”, assinala que a existência humana está vinculada a um mundo nos tempos presente, passado e futuro, com a possibilidade de significar seu projeto próprio existencial. Assim, o homem é criador e criatura da sua condição humana. Na visão filosófica, estão contidos alguns pressupostos para a compreensão do cuidado em saúde: **movimento**, que permeia a construção das identidades humanas, desde o nascimento, e se organiza no ato de viver; **interação**, como determinante da trama das relações humanas; **identidade e alteridade**, ressaltando que a identidade de cada um está sempre presente na presença de seu outro e que a alteridade se define pela construção da identidade; **plasticidade**, capacidade de transformação, possibilidade de dissolução e contínua recriação; **projeto**, o potencial criador do próprio cuidado com papel de efetivar as interações por meio da plasticidade; **desejo**, presença como intenção de nomear a existência e tomá-la para si; **temporalidade**, relação com o fluxo do tempo na existência; **não-causalidade**, apesar de não existir enquanto ser, a função do cuidado é vital e pode ser compreendida na relação entre o todo e suas partes e vice-versa; **responsabilidade**, o continuísmo com superação da dialética sujeito-objeto, em que o ser humano se constrói conhecendo(-se), adquirindo possibilidade de responder por si e para si. Neste sentido, o cuidado edifica um projeto com responsabilidade.

Ainda Ayres⁷⁰, referenciando a identificação de Foucault acerca das variações de sublimação da sexualidade, cita o cuidado como tecnologia que emerge de um *continuum* da experiência social, dos saberes e das práticas tanto do lugar quanto do eu, emaranhado pelas interações nos planos público e privado. Também entendidas como “tecnologias do si”, elas categorizam o cuidado como de origem biopolítica, ou seja, bem anterior ao capitalismo. Ressalta, ainda, que é sobre

o corpo dos indivíduos que as tecnologias do social são aplicadas. Ao refletir sobre as transformações da Medicina rumo ao destaque científico e tecnológico, o estudioso salienta riscos da tirania presente no excesso de exames complementares, na segmentação do paciente em órgãos e funções, focando no diagnóstico e no exagero intervencionista, responsáveis pelo encarecimento e risco de sustentação econômica, além de prejudicar o paciente com favorecimento de espaços de desatenção biopsicossocial, desprezo pelo processo saúde-doença e exposição a riscos, como erro médico.

Essa corrente propicia e fomenta um descrédito de confiança e prejudica a avaliação do reconhecimento das limitações das ações de saúde. A tecnociência pode ocupar um excessivo espaço da arte da assistência e expor a falta de confiança nos seus alcances técnicos e éticos. Para se desviar de um perigoso movimento narcísico são essenciais aos profissionais as mediações que respeitem, acima de tudo, que o cuidado em saúde considere a construção de projetos humanos e dela participe, não se assumindo mero papel de aplicador de conhecimentos. Ao se descobrirem as concepções de vida que orientam os projetos existenciais do sujeito a que se presta assistência, há que se considerarem as relações entre matéria e o espírito, corpo e mente. Assim, a função de cuidar nos convida a indagar sobre os projetos de felicidade humana, respeitar os canais por onde ambos possam alcançar um horizonte comum e partilhado e oportunizar que se avance no sentido de reconstrução das práticas de saúde, por meio do acolhimento, vínculo e responsabilização.⁷⁰

Neste contexto, é necessário incorporar conceitos interdisciplinares que favoreçam o atendimento centrado na pessoa e o trabalho em equipe. Uma vez que o cuidado é um dos principais componentes para a preservação da vida humana e do planeta Terra, ele traduz uma possibilidade de se buscar o que ainda não se conhece sobre o ser humano e garantir sua existência.⁶⁹

É possível, portanto, identificar certa ambiguidade em relação ao cuidado e a necessidade do que é essencial, que se manifesta na vida da pessoa, nas relações com seus semelhantes e com o ambiente. O cuidado que provê atenção à saúde centrada na pessoa é tarefa de todos profissionais da área da saúde.

Outra perspectiva aponta que o cuidado pode ser co-emergente, visto que estabelece relações avaliando seus efeitos, por meio de ações compartilhadas e pelo alcance que pode atingir.²⁰

Também se pode pensar o cuidado com base na concepção holística, que trata o todo sem dividi-lo. O pensamento sistêmico traduz-se por uma forma ligada à base holística e considera a funcionalidade contida no todo, portanto mantém tanto a harmonia quanto a desarmonia. Já a complexidade integra, assume papel unificador mantendo as adversidades e exercita a contextualização como importante determinante do cuidado que leva em conta o humano e a flexibilidade.⁷¹

Pensar em cuidado a partir da integralidade vinculada às necessidades de saúde amplia o entendimento, ao considerar relevante o papel de gestão do usuário em relação à sua pessoa e à direção de suas decisões como co-orientadoras do cuidado. O risco de os profissionais de saúde não acolherem esta construção de vida, imbuída de valores e saberes ou de manifestarem comportamentos não pró-ativos pode chocar o conceito de autonomia com o de autoridade. Esta constatação impede a relação de confiança e deixa de contribuir para uma aliança em potencial para o cuidado. Cabe afirmar que, em contrapartida, é preciso que os profissionais tenham conhecimento cognitivo articulado com as perspectivas do contexto que valorizem a singularidade, assim, à medida que pactuam, evitam enrijecimentos com protocolos.⁷²⁻⁷³

É possível reconhecer que as particularidades e variações nas demandas cotidianas em saúde promovem o cuidado assertivo. Por meio da análise do trabalho, criam-se caminhos para otimizar as ações coletivas e as individuais, que facilitam a interdisciplinaridade. Com a sintonia entre a gestão e os espaços participativos, as agendas, então, tecem as prioridades percebidas pelas necessidades de saúde em todos os programas, direcionando-se para a autonomia em condições de reconhecer a capacidade de multiplicar ações desinstitucionalizadas, consideradas complementares e que privilegiam a participação social.

As necessidades de saúde,⁴⁰ legitimadas pelo pressuposto de unidade mente-corpo com recíproca influência ambiental e são estruturantes da integralidade, devem nortear a formação, o cuidado, a gestão do Estado com ações articuladas intersetoriais entre saúde, cultura, educação, órgãos municipais estaduais e federais. No que tange ao alcance dos profissionais de saúde para otimizá-las, considera-se significativa a atenção para condições condizentes à humanização com estudantes e profissionais envolvidos. A partir dessa colocação, as necessidades traduzem o que importa às pessoas, em especial à vida, de forma

imprescindível, tanto real como aparente ou latente, e estão agrupadas por autonomia, condições de vínculos, condições satisfatórias de vida e acesso à tecnologia.⁷³

Ao compreender a essência do ser humano a partir dos sentidos, o modelo biomédico minimalista evolui para o holístico e alcança as dimensões que abrangem o biológico, o psicológico e o social. Essa abordagem leva em conta o meio ambiente, hábitos, relações de trabalho, familiares, desejos, crenças, medos, vícios, características de personalidade, capacidade criativa e de conviver com o ócio, práticas de exercícios físicos, emoções como ira e como lidar com separações, perdas. Sendo assim, a aprendizagem das necessidades de saúde se dá a partir da prática, da relação com a pessoa. A formação médica, portanto, torna-se decisiva ao privilegiar a compreensão dos significados por meio de uma docência sensível, que possa contribuir para o exercício de desenvolvimento de habilidades em processo.⁴⁰



(Henri Cartier-Bresson)

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4 MATERIAIS E MÉTODO

4.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa com orientação metodológica na fenomenologia, não-experimental, transversal,⁷⁴ exploratória, descritiva de campo e com abordagem qualitativa. Estudos qualitativos trabalham com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.⁵¹ Essa opção se dá em função de entender que esse procedimento permite trabalhar o significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, relações, práticas e fenômenos sociais.⁷⁵

A pesquisa qualitativa pode ser conceituada como um campo de estudos complexo e diverso nele mesmo.⁷⁶ Apresenta uma variedade de referenciais, em que a habilidade do pesquisador se revela por capacidade de leitura da realidade para construção de seu estudo, de modo a perceber as vicissitudes expressas e com elas interaja.

No estudo não experimental, não ocorre a manipulação deliberada de variáveis, uma vez que os participantes já estão inseridos no grupo a ser estudado e as relações são observadas no seu contexto natural. A pesquisa não experimental transversal atém-se à dimensão temporal, a números de momentos ou pontos no tempo. Ela pode centrar-se em análise do nível de estado ou presença de uma ou mais variáveis em um dado momento; avaliar uma situação, um fenômeno, evento ou contexto em um ponto do tempo e, ainda, determinar ou situar qual é a relação entre um conjunto de variáveis num momento. Assim, os estudos não experimentais são classificados em estudos transversais que podem ser exploratórios, descritivos, correlacionais/causais, ou longitudinais.

Pesquisa transversal coleta dados em um só momento em um único tempo. Seu objetivo é descrever variáveis, analisar sua incidência, inter-relação, eventos, fenômenos e contextos. Tem objetivo exploratório pelo tema ser pouco estudado. Já os estudos descritivos indagam a incidência e os valores em que se manifestam as variáveis, categorizam e proporcionam descrição dentro do enfoque qualitativo.⁷⁴

No que se refere ao campo em pesquisa qualitativa, esse recorte espacial, em termos empíricos, alcança a abrangência relacionada ao recorte teórico

identificado no próprio objeto de investigação. Trata-se de um instrumento, com possibilidades de demonstração de opções, que favorece as comunicações. No campo da pesquisa,⁵¹ os sujeitos/objetos de investigação são construídos teoricamente e, num segundo momento relacionam-se intersubjetivamente com o pesquisador. Isso contribui para uma visão compreensiva, que se dá pelo entendimento iniciado pelo pesquisador, pressupostos teóricos e interações com a coleta dos dados.⁷⁷

4.2 Procedimentos Éticos

Considerando os aspectos éticos da pesquisa que envolve seres humanos, explícitos na resolução 196/96 do Ministério da Saúde, a pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa que envolve seres humanos da Famema sob o protocolo nº 1400/11 e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - (APÊNDICE A), antes de responder ao questionário.⁷⁸

4.3 Local da pesquisa

A coleta de dados foi realizada na Famema, que é uma instituição pública de ensino superior na área da saúde. O curso de medicina oferece 80 vagas anuais, foi criado, em 19 de janeiro de 1966 e teve seu funcionamento, como instituição pública municipal de ensino superior no dia 30 de janeiro de 1967. A sua estadualização aconteceu em 1994, pela Lei número 8.898 de 27 de setembro do mesmo ano. A Faculdade posteriormente ficaria vinculada à Secretaria de Estado da Ciência, Tecnologia e Desenvolvimento Econômico. Desde 2007, a Instituição está ligada à Secretaria de Estado de Ensino Superior.⁷⁹

A Famema, desde 1997, e 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 curricular do Curso de Medicina da Famema é anual e está organizada, nas séries, em Unidade de Prática Profissional (UPP), que contempla Laboratório de Prática Profissional (LPP) e Unidade Educacional Sistematizada (UES). Essas unidades ocorrem de forma horizontal ao longo de todo o ano.⁸⁰

A Famema para realização da História Clínica, em todas as séries do curso de medicina, estabelece as seguintes diretrizes:

Há de se estabelecer uma relação ética, respeitosa, empática e cooperativa com a pessoa/acompanhante, utilizar linguagem compreensível e postura acolhedora que favoreçam o vínculo. O estudante, futuro profissional, deve identificar necessidades de saúde, considerando os aspectos biológicos, psicológicos e sócios culturais, favorecer o relato do contexto de vida da pessoa/família, para obter dados relevantes da história clínica de maneira empática e cronologicamente organizada. Deve, ainda, esclarecer dúvidas e registrar informações, de forma clara e orientada, às necessidades relatadas e percebidas para o cuidado nas diferentes fases do ciclo de vida e de acordo com a terminalidade das séries. Para efetiva construção desse conhecimento, a Famema disponibiliza ao corpo discente o laboratório Morfo Funcional, conferências e consultorias específicas.^{36,81} No LPP, são utilizados manequins e pacientes simulados com a finalidade de desenvolver as capacidades cognitivas, psicomotoras e afetivas.⁸²

4.4 Participantes e procedimento

Participaram da pesquisa, 80 estudantes, que correspondem a 50% dos matriculados nos respectivos anos de graduação, assim distribuídos: 40 estudantes da terceira e 40 da sexta série do Curso de Medicina da Famema. A escolha dos participantes nos diferentes anos ocorreu pela busca de entendimento da anamnese pelos estudantes no final da Unidade de Prática Profissional (UPP) 1 e 2 desenvolvidas na atenção básica e no internato.

A coleta de dados foi realizada por dois estudantes da 3ª série e duas estudantes da 6ª série de medicina, com o objetivo de evitar influência hierárquica. Ela foi planejada respeitando as atividades curriculares e o procedimento se deu pela entrega do questionário com preenchimento e devolutiva imediatos.

4.5 Instrumento de coleta de dados

A coleta de dados foi obtida por meio de um questionário previamente estruturado com duas perguntas abertas sobre a compreensão da anamnese para o

desenvolvimento do cuidado na perspectiva da integralidade. (APÊNDICE B) Foi realizado um piloto com 6 estudantes e validado por especialistas

4.6 Análise dos dados

Ancorada no paradigma da análise compreensiva,⁸³ a análise de conteúdo tem uma dimensão descritiva, que possibilita o entendimento do que foi narrado, e uma dimensão interpretativa, a partir da qual as interrogações do analista frente ao objeto de estudo podem contribuir para análise. Inicialmente, foi realizada leitura compreensiva do material de forma exaustiva em que se procurou atingir níveis mais profundos. Por meio dessa leitura, buscou-se a visão de conjunto, à apreensão das particularidades, a elaboração dos pressupostos iniciais para análise e interpretação, a escolha das formas de classificação inicial e a determinação dos conceitos teóricos orientadores da análise.⁸⁴

A análise dos dados obtidos foi desenvolvida pela Técnica de Análise de Conteúdo, Modalidade Temática, constituída pelas fases Pré análise, Exploratória e Interpretativa. A noção de tema comporta um feixe de relações, podendo ser representado por uma frase, uma palavra ou um resumo. A análise temática busca encontrar os núcleos de sentido de uma comunicação, os quais possibilitam apreender “[...] estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamentos presentes ou subjacentes nos discursos^{51,77} . Assim, esta análise foi sustentada pela proposição da autora, que operacionalmente a dividiu em três etapas:

4.6.1 Pré-análise

Etapa em que é realizada leitura exaustiva dos dados coletados, a fim de aprofundar o conteúdo, elaborando pressupostos que irão sustentar a análise e a interpretação do material.

Nesta fase de organização foram sistematizadas as idéias iniciais, a fim de operacionalizar um plano de análise. Neste momento, foi realizada a escolha dos documentos a partir dos objetivos a serem analisados, a formulação das hipóteses e elaboração dos indicadores que levariam à fundamentação da interpretação conclusiva. Hipóteses e pressupostos foram revistos a partir de índices coletados. Por meio da leitura flutuante e em função de hipóteses emergentes, puderam ser

escolhidos documentos que permitiram a constituição de um *corpus*: as respostas às questões abertas. A regra da representatividade proporcionou a distribuição da amostra. Neste caso, estudantes de medicina da Famema da 3ª e 6ª séries. Os documentos seguiram a regra da homogeneidade, respondendo a critérios de escolha. Mantiveram também coerência com a regra de pertinência, correspondendo ao objetivo da pesquisa, oportunizaram as definições de como foram feitos os códigos para os registros dos dados que determinaram a categorização. O material reunido foi preparado para subsidiar a análise. Testes de validação fizeram parte da elaboração das questões com professores da Famema.

4.6.2 Exploração do material

Trata-se da etapa classificatória, em que foi realizada a categorização dos dados, recortando no texto as unidades de registro, que podem ser palavras, frases, expressões significativas, personagem, temas considerados relevantes para o pesquisador, por meio da dissociação do material, a partir das unidades de registro e de contexto. Em seguida, foi realizada a codificação das unidades de registro, a classificação e a organização dos dados, delimitando as categorias teóricas ou empíricas a serem utilizadas. Nesta etapa foram feitas inferências e interpretações, relacionando-as aos pressupostos teóricos utilizados anteriormente e outros que poderiam favorecer a análise. A exploração do material visa alcançar o núcleo de compreensão do texto.⁸⁵

A preparação das categorias respeitou a identificação por se tratar de séries diferentes. A seguir, foram devidamente codificadas por número do estudante (1,2...), série de graduação (3ª e 6ª) e número de questão (1 e 2). Na sequência, após releitura criteriosa dos dados obtidos, foi realizado o processo de unitarização, com a definição das unidades de análise, também denominadas unidades de registro ou unidades de significado. Pelo critério do pesquisador, a partir dos núcleos de sentidos alinhados aos objetivos do estudo proposto, foi selecionada a natureza das unidades de análise. A partir desta estrutura, foram organizadas as unidades de contexto que dão sustentação para se compreender a significação exata da unidade de registro. A escolha das categorias é uma operação de classificação de uma mensagem seguindo critérios definidos, que propiciem consonância com o objeto de estudo, o problema de pesquisa, os objetivos e a fundamentação teórica.^{76,86}

As categorias são qualificadas pelos seguintes critérios: a- **exaustão**, estas devem conter todo material do conjunto a ser realizado e, se um determinado aspecto não se encaixar em uma categoria, deve-se criar outra de modo que não fique nenhum dado sem ter sido analisado para se permitir a inclusão de todas as unidades de análise; b- **Representatividade**, a amostra analisada deve ser representativa do universo inicial da pesquisa; c- **exclusão mútua**, visto que cada elemento não pode existir em mais de uma divisão de categoria; d- **homogeneidade**, organiza-se, num mesmo conjunto categorial, um registro e uma dimensão da análise, estruturando assim os mesmos critérios do conjunto do material; e- **pertinência**, dados pertencentes ao quadro teórico, capazes de refletir as intenções da investigação; f- **objetividade e a fidedignidade** para que não ocorra influência da subjetividade do pesquisador; g- **Concretude**, não serem expressas de forma abstrata que podem sugerir muitos significados, e h- **produtividade**, ao proporcionar resultados férteis no que se refere aos índices de inferências e novas hipóteses.^{86,77,85}

Nesta pesquisa, as categorias analíticas emergiram dos dados coletados. Foram processadas de forma estruturalista, a partir da construção do inventário, em que os elementos foram isolados e posteriormente classificados no acervo do material. Os argumentos de validade foram construídos gradativamente.⁷⁷

4.6.3 Fase interpretativa

Nesta fase, busca-se análise aprofundada sobre os conteúdos manifestos e latentes do material.⁸⁶ Neste procedimento, os dados obtidos são relacionados às estruturas semânticas, (referentes aos significantes) e às sociológicas (referentes aos significados das mensagens obtidas) para articular os fatores determinantes de suas características. A interpretação nasce da síntese entre as questões da pesquisa, os resultados obtidos a partir de sua análise e as perspectivas teóricas adotadas.⁸⁴



(Henri Cartier-Bresson)

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos resultados permite identificar três categorias analíticas para questão1: (Qual a sua compreensão sobre o conceito da abordagem BPSA presente na anamnese?), como se demonstra no quadro1 e, cinco para a questão2 (Como a abordagem BPSA, presente na anamnese, pode contribuir para o alcance da integralidade do cuidado? Justifique), organizadas no quadro2.

5.1 Resultados obtidos na análise da primeira questão

Da análise dos resultados da primeira questão, emergiram três categorias analíticas representadas no quadro 1.

Quadro 1 – Categorias analíticas dos dados obtidos por meio da questão1, Marília 2013.

Temas/ Categorias analíticas	
5.1.1	Saúde e formação médica
5.1.2	Processo saúde-doença
5.1.3	Relação médico-paciente.

5.1.1 Saúde e formação médica

Favorece a formação médica que valoriza a qualidade de vida e saúde, como preconizada pela OMS e considera a historicidade.

Nas respostas da primeira questão, os estudantes da 3^a e 6^a séries apontaram, na primeira categoria analítica, que a abordagem BPSA contida na anamnese pode **contribuir** para a **formação médica que valoriza a qualidade de vida e saúde, como preconizada pela OMS**, como assinalam as narrativas:

Na minha perspectiva, realizar uma abordagem biopsicosocio-ambiental 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)

Tal conceito contribui para o alcance da integralidade do cuidado, da humanização do atendimento e da compreensão totalitária do paciente. (E35,3ª,Q1)

Compreende a visão integral do paciente possibilitando uma abordagem completa de acordo com o que prioriza as diretrizes do SUS. (E21,6ª, Q1)

No que se refere ao conceito de saúde, relatado pelo estudante, ele é definido pela OMS como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença, No Brasil Lei 8080 também considera que “A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país”.⁸⁷

As DCN para cursos de medicina recomendam adequação na estrutura curricular, com foco no desenvolvimento de competências, que representam a hierarquia entre as habilidades, visto que competência traduz a capacidade do indivíduo ao desempenhar suas atividades. Neste sentido, há relevância da reflexão sobre a interação entre a teoria e a prática.⁸⁸

Na medida em que o estudante convive com cenários teórico-práticos, que oportunizam o entendimento da realidade, as contribuições advindas das DCN podem promover, desde o início do curso, compreensão da rede intersetorial. Esse conhecimento permite a aproximação de uma prática pautada na interdisciplinaridade, no respeito em relação ao outro e à comunidade, e a compreensão do processo saúde-doença. Essa vivência pode promover também a relação médico-paciente e o respeito à autonomia. A abordagem individual e coletiva, permeada por metodologias ativas, a capacidade de identificar as necessidades de saúde dentro dos recursos disponíveis dos cenários e o favorecimento em comunicação contemplam os princípios das diretrizes curriculares.

Ainda na primeira categoria analítica, quanto ao desenvolvimento da formação, os estudantes indicaram que este tipo de anamnese reflete sua **construção histórica** na formação médica, desde o modelo biomédico até a perspectiva da integralidade:

A anamnese, da maneira como foi historicamente construída, tem como base uma visão ainda meio biomédica do processo saúde-doença. Ainda é um ponto muito difícil de romper, mesmo com a abordagem biopsicossocial implementada em nosso currículo. E ainda é uma abordagem rasa, que não irá chegar à raiz do processo saúde-doença. (E 26, 6ª, Q1)

Acho que esse tipo de abordagem é importante, pois muitos dos problemas dos pacientes podem ser de origem social e psicológica também. Por isso é de extrema importância a coleta de dados sob a esfera biopsicossocial. Uma abordagem apenas biológica acaba caracterizando o paciente apenas como uma doença, limitando o cuidado a ser oferecido a ele. (E6,3ª, Q1)

Referindo-se ao cuidado centrado na doença e na medicalização, como foi historicamente construído, o estudante da 6ª série da Famema aponta para a importância de ampliar as possibilidades do cuidado.

A literatura salienta a necessidade em avançar a díade objetividade/subjectividade e valorizar o espaço comum, que reside tanto nas ações propositivas em saúde quanto no aspecto cultural. Permite reconhecer a importância da compreensão que o sujeito tem sobre sua autonomia e sobre o mundo por meio de suas experiências. Assim, leva-se em conta a variabilidade interativa dos significados e das práticas sociais de adoecer, demonstrada nos comportamentos nas escolhas dos sujeitos e limita-se o risco de um olhar reducionista.⁵⁶

Considerando o ritmo acelerado da produção de conhecimento, alguns recursos educacionais têm sido utilizados na formação médica com o objetivo de ampliar a *performance* crítico-reflexiva dos discentes e dos docentes. Destaca-se, dentre esses, a tecnologia que promove a abertura de conhecimento atualizado e fundamentado cientificamente. Os recursos tecnológicos também são necessários para a efetivação de duas propostas construtivistas, que vêm sendo utilizadas na formação em saúde, em algumas escolas médicas: o *Problem-Based Learning* (PBL) e a Problematização. No PBL, a aprendizagem está centrada no estudante e

tem como foco principal o desenvolvimento dos recursos cognitivos em grupo tutorial. Na Problematização, busca-se desenvolver saberes práticos do mundo do trabalho, por meio da reflexão da vida em sociedade.⁶⁰

A importância de se considerarem as subjetividades contemporâneas, a partir de fatores racionais, sensoriais, afetivos, individuais, coletivos é conhecer a ligação desses com a cultura narcísica, que privilegia o somático e o espetáculo, e em que há a tendência de se levar em conta primeiro o eu, depois o outro. Desse modo, faz-se necessário compreender o universo imaginário do eu-médico nos estudantes de todos os anos da graduação. Assim, conhecer a figura do médico é avaliar o quanto a construção do sujeito pode se distanciar daquele que tem o poder de mudar os destinos, de interferir, no cuidar, enquanto uma prática de compartilhar ações. Para tal formação, há necessidade do conhecimento biomédico e, também, da formação humanista.⁷⁶

5.1.2 Processo saúde-doença

Contribui para a sistematização do cuidado a partir da contextualização do processo saúde-doença, levando em conta a influência dos aspectos ambientais, culturais e religiosos.

Os estudantes qualificam, na segunda categoria analítica, que aborda sobre o processo saúde-doença, **a influência dos aspectos ambientais e culturais**, 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 abordagem biopsicossocial está relacionada ao entendimento de fatores ambientais de qualidade de vida que podem provocar ou agravar afeições. 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 interagem com a saúde física. O desequilíbrio desses fatores está relacionado ao aparecimento de doenças. (E13,3ª,Q1)

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 a partir da identificação dos significados do

adoecer e suas repercussões sociais, econômicas e culturais. Desta forma, os caminhos oportunizam novas abordagens que levam à escolha de estratégias passíveis de parceria consciente para negociar as ações do cuidado com foco na singularização.⁶¹

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 idéias. Desse modo, a multiplicidade de olhares, por meio da sensibilidade, deve observar diferentes vértices para analisar cada fato da vida cotidiana.⁴²

Alinhado ao desenho curricular centrado no estudante, as metodologias de aprendizagem ativa em diferentes cenários e a prática integrativa, interdisciplinar, sintetizam a busca contínua pela competência profissional. Na mesma linha de raciocínio, as múltiplas dimensões contemplam a complexidade da formação médica: a dimensão cognitiva pelo conhecimento científico; a dimensão técnica por habilidades para realização do exame físico e de ações; a dimensão relacional pela habilidade em se comunicar, interação com pares e outros profissionais; dimensão afetiva pela habilidade e atitudes em usufruir de sensibilidade diante de diferentes situações, com potencial compreensivo e tolerância; dimensão integrativa pela apropriação e manejo de raciocínio clínico, social e iniciativa para tomada de decisões; dimensão contextual pela prática que considera os recursos e as evidências em uma visão macro.⁹⁰

Nesta perspectiva, ainda dentro da segunda categoria analítica, no que se refere aos **aspectos ambientais**, os estudantes indicaram:

A abordagem biopsicossocial na anamnese compreende a avaliação dos diferentes locais de inserção social do paciente, com a avaliação também das diferentes relações com o grupo. Integra também diferentes meios em que o paciente realiza seu trabalho e moradia, já que uma má condição psicoambiental pode aumentar a morbimortalidade dele, valorizando-as no momento de elaborar a proposta de intervenção individualizada. Significa compreender que o processo de saúde-doença depende da estabilidade de todas as esferas que constituem o indivíduo. (E40,3ª,Q1)

Acerca da temática relacionada ao ambiente, apresentada na fala do estudante, faz-se necessário um diálogo, que caracteriza, como pressupostos sobre

saúde e ambiente, a relação entre os seres humanos e a natureza e, destaca o ambiente com abordagem conceitual, que demonstra como o entendemos, ou seja, sua forma condicionada pela ação humana. Assim, o desenvolvimento sustentável traz uma função que traduz evolução, embora nos séculos XIX e XX tenha ocorrido a negação dos princípios de equilíbrio, principalmente pelo movimento de globalização. Ainda, observa-se que o momento pós-industrial deflagrou problemas de saúde e de trabalho. Atividades de vigilância foram abordadas por meio de temas, como sustentabilidade ecológica, democracia, direitos humanos, justiça social e qualidade de vida. Em decorrência de uma investigação minuciosa, relacionando os seres humanos aos ecossistemas, é possível se pensar em atividades humanas e seus impactos. Esse enfoque ecossistêmico da saúde humana envolve um pensar interdisciplinar que foca a saúde, o ambiente e a qualidade de vida. Assim, a preocupação com essas áreas, vem mobilizando grandes discussões a fim de que se alcance um pensar sistêmico, atento às questões de causalidade. O exercício da contextualização interliga conexões e facilita a rede de comunicação. Com o entendimento de unidade analítica, acima de um olhar predominantemente biológico, é possível identificar e correlacionar condições de saúde, seus determinantes sociais, ambientais, culturais e refletir sobre o papel das ações humanas que os influencia. Ao integrar a coleta de dados, delimitam-se os problemas a serem pensados com enfoque transdisciplinar e exercício do poder, considerando a participação das pessoas no processo, legitima-se a comunidade e potencializa-se o papel transformador da gestão.⁵¹

Entende-se que o bem estar humano está intimamente ligado, de forma dinâmica, a vários componentes do ecossistema, assim como os projetos interdisciplinares precisam valorizar a realidade e compreendê-la para só então transformá-la, produzindo ações que repercutam na saúde e também no meio ambiente. Para isso, fazem-se necessárias avaliações de medidas de impacto. Deve ter atenção para incluir a saúde coletiva no contexto ecossistêmico, com transito transdisciplinar, que priorize movimentos de interação com possibilidades para dimensionar indicadores quantitativos e qualitativos. Essa compreensão ampliada propicia diagnósticos que consideram a historicidade, os aspectos sociológicos, antropológicos, culturais, econômicos, químicos, biológicos, geofísicos e de gestão. Essas medidas podem alcançar índices de aplicabilidade e abandonar meras práticas discursivas.⁵¹

A abordagem ambiental na anamnese médica tem potencial para a busca de ações intersetoriais e interface com níveis biológicos, políticos, sociológicos, físicos, químicos, dentre outros. Para ser melhor compreendida, a anamnese precisa-se encontrar maneiras de como, ao detectar disfunções na saúde humana, ou desequilíbrios do meio ambiente, corroborar essas interações para contribuir para o estudo das causas, quantidade de recursividade, retroação quanto à expansão de pesquisas científicas, que interpretem totalidade a partir do fenômeno em estudo. No entanto, o fato de existirem níveis hierárquicos entre entidades que cuidam da preservação ambiental e dos seres vivos, de modo desarticulado, pode ser um fator dificultador da compreensão da abordagem sobre o ambiente durante a realização da anamnese.⁵¹

Por ser rara essa abordagem em uma anamnese, uma ação conjunta dos órgãos governamentais, com escolas médicas e sociedades afins, envolvidas com essa temática, pode promover capacitação de profissionais de saúde para coletas de dados que avaliem exposições cumulativas, detectem a forma física específica de uma substância ou adicionais, elaborando de forma sistematizada uma história de exposição a agentes ambientais ou ocupacionais e, assim, melhorar as condições para diagnosticar precocemente, agindo sobre o prognóstico.⁹¹

Em decorrência dessas constatações, há necessidade de formação de professores de medicina, com habilidades e conhecimentos para lidar com questões ambientais, interligando-as às práticas de saúde. É preciso que saibam abordar com problematização o uso racional de energia, os impactos das políticas públicas nesse setor. Amparados por capacitação, eles podem contribuir para transformar práticas, hábitos e conscientizar sobre práticas de saúde, validando as propostas públicas direcionadas à sustentabilidade e à 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 coletivas de cooperação, que partilhem a preservação do ecossistema, motivem as parcerias, com estratégias para incluir a diversidade cultural, suas vicissitudes de hábitos e linguagens.⁹²

Quando há má condição psicoambiental, como foi citado pelo estudante, há alterações dos índices de morbimortalidade. Consideram-se taxas de mortalidade, quocientes entre a frequência absoluta de óbitos e o número dos expostos ao risco de morrer e os indicadores de morbidade para avaliar o nível de saúde e a

necessidade de medidas como saneamento, dentre outras, para melhorar a qualidade de vida da população. Assim se estabelecem medidas para uma determinada causa, utilizando-se taxas de prevalência, relação entre o número de casos conhecidos de uma dada doença e a população exposta.⁹³

Outro aspecto relevante indicado na categoria analítica² referente ao processo saúde-doença, aponta também para o entendimento da **dimensão religiosa**:

A abordagem biopsicosócio-ambiental compreende, a meu ver, a versão do paciente como um todo, desde seus problemas biológicos, até os relacionados à mente, à sociedade e a realidade que os rodeia. É uma forma de abordar não só o paciente, mas todo o “seu mundo”, todos os fatores que afetam, direta ou indiretamente. A espiritualidade também é um fator de abordagem muito importante. (E25,6^a,Q1)

Na anamnese, a abordagem sobre a espiritualidade deve emergir de forma natural quando se abordam outros aspectos da dimensão social do cuidado, como, por exemplo, atividades físicas, hábitos de vida e condições socioeconômicas. Embora a maneira de se abordar a espiritualidade dependa das crenças do próprio médico e de suas heranças culturais, o profissional deve reconhecer o momento e a forma correta de abordar essa dimensão, sem preconceitos de crenças ou religiões. Quando o paciente não manifesta nenhuma espiritualidade, deve se abordar o modo como ele compreende sua doença, as suas expectativas, tendo em vista o sentido de um cuidado mais integral e humano.⁹⁴

Partindo do referencial de que para se compreender bem o outro, “o seu mundo”, é necessário ter escutado a si mesmo, passa-se à busca pelo entendimento do outro. Neste caso, a anamnese é pensada com base em critérios atentos às tarefas que envolvem as habilidades: de escuta ativa, perguntas com foco sobre a natureza do problema, com detalhamento cronológico e qualificações, evitando o uso de termos técnicos, perguntas envolvendo dados psicossociais, com questionamentos sobre hábitos, estado de ânimo e alterações no ambiente sócio-familiar, e perguntas centradas na pessoa, em que se busca relacionar o que ela pensa que pode ter, o impacto, até que ponto pode afetar sua vida, como melhorar e dinâmicas em casa e no trabalho quando se detectam problemas. Com isso, a ancoragem diagnóstica pode ser complementada pelo exame físico e laboratorial e

possibilita os macrodiagnósticos, que abrangem os aspectos biológicos e os psicossociais. É importante dar sentido à narrativa e condições de suficiência para estabelecer diagnósticos, propiciar a integração, evitando focalizar o biológico, psicológico ou apenas os sintomas, e lembrar que sempre deve haver intencionalidade na entrevista.⁴⁷

A experiência com a aproximação interativa, sob o olhar filosófico e psicanalítico, suscita a percepção do eu e do outro, como um jogo de intersubjetividades, sendo que já existe um campo matricial antes do eu, vindo das trocas de experiências do acolhimento materno, da vivência de superfície, em que são complementares e não há confronto demarcatório entre o eu e o outro. Daí nasce a condição para a existência da subjetividade. Depois, a necessidade de adaptação configura a intersubjetividade traumática que contribui para a singularização do eu e pré-dispõe à intersubjetividade interpessoal, que abastece um espaço capaz de criar condições de entendimento, revelando o funcionamento mental, as relações de objeto que a pessoa mantém ao longo da vida. Portanto, a intersubjetividade intrapsíquica advém da internalização de objetos.^{76,95}

Os estudantes também salientaram, nessa categoria analítica sobre a especificidade do processo saúde-doença, que **configura o foco na pessoa e seu contexto**, a abordagem da anamnese e apontam:

A abordagem biopsicosocio-ambiental na anamnese nos permite compreender não apenas o processo doença/patologia, mas adicioná-los ao contexto da compreensão do mundo que o cerca: psicossócio-ambiental. Através desse processo abordamos as angústias/ansiedades, o círculo social e político de convivência do paciente e o ambiente no qual este habita; esses são fatores que se somam para compreendermos como ocorre o desenvolvimento do adoecer. (E1,6ª,Q1)

É uma forma de abordar o paciente considerando seu contexto de vida, as relações interpessoais que estabelece e o impacto que o meio lhe causa. Inclui uma abordagem detalhada de uma queixa biológica, porém a entrevista é ampliada, voltada para o paciente em todos os seus âmbitos. (E12,3ª,Q1)

Sabe-se que os problemas da área saúde pode ser considerada como o resultado da vida em sociedade, recebendo influências do conjunto de interações

humanas. Tanto é assim que conceitos como resiliência e até mesmo respostas imunológicas, podem advir de atitudes de suporte social. A empatia também favorece o modo de lidar com situações difíceis, como o de se organizar a partir de um diagnóstico que envolve controle emocional como diferencial significativo em relação à qualidade de vida e à sobrevivência. Uma somatória de informações carregadas de vivências e afeto pode prover grande ajuda. Contrapondo ao movimento de reclusão, o encorajamento e a decisão aproximam a pessoa de outras com situações semelhantes, melhoram a reciprocidade das relações. Existem instrumentos que orientam e avaliam a rede social. Saber como se dá a localização da pessoa por meio de questionamentos, como quem comenta mais sobre você, em relação aos seus cuidados pessoais, quem são as pessoas que você convida quando quer ir ao médico, ou fazer uma determinada compra; quem pode socorrê-lo (la) em caso de dificuldades financeiras, ou em relação a questões afetivas com apoio emocional; se a pessoa faz parte de algum grupo com que se encontra para algum tipo de atividade e qual; e ou até sobre desafetos, as redes sociais facilitam interações e formação de novos vínculos. Assim, podem ser viáveis outras vias de cuidado, que priorizem a promoção de saúde e a qualidade de vida.⁹⁶

5.1.3 Relação médico-paciente

Indica a importância da relação médico-paciente e valoriza as relações humanas.

Considerando a importância da relação médico-paciente, a categoria analítica três, traduz a **valorização de relações humanas** demonstrada nas falas:

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 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 na patologia, deve abordar os fatores biopsicossociais, ou seja, focar no paciente e não na doença. (E15,3ª,Q1)

A abordagem que considera aspectos da personalidade leva em conta as condições hereditárias, as influências ambientais, as experiências psicossociais vividas com pais, tipo de infância, as 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, ou para avaliar a ocorrência de vulnerabilidade, ações desadaptativas.⁹⁷

Na medicina centrada na pessoa, o cuidado está ligado com a identificação das idéias e emoções a respeito do adoecer e a resposta a elas. Uma abordagem com o compartilhamento de decisões e de responsabilidades aproxima médicos e pacientes e facilita o entendimento sobre a doença.⁴¹

Enquanto ferramenta de avaliação com potencial para proporcionar entendimento entre gerações, o Genograma em sua organização gráfica aparece como facilitador na entrevista terapêutica com enfoque colaborativo para aprofundar o conhecimento de pessoas, situações experienciadas e repercussões geradas. Pode atingir a construção de novas narrativas a partir da resignificação e do contato com a dinâmica compreendida.⁹⁸

O uso do Genograma pode ser interpretado também, como uma estratégia utilizada enquanto instrumento de descrição familiar e dos padrões de relacionamento com detalhes de quantificação do envolvimento afetivo que existe entre os membros da família. É um recurso que pode ser atualizado quando for necessário. Tem papel significativo na compreensão do processo saúde-doença, como na adesão ao tratamento, em que o apoio familiar é decisivo, como na obesidade, por exemplo. Esta ferramenta contribui para o aprendizado do estudante de medicina no âmbito de uma formação integral. Também facilita o conhecimento dos demais setores e redes de apoio, contemplando as necessidades de saúde para uma assistência de qualidade.⁹⁹

A relação “médico-paciente”¹⁰⁰ é uma relação de cuidado e pode representar uma “relação-terapêutica”. Deve-se pensar em estratégias a serem estabelecidas que a favoreçam, pautadas pelo SUS e respaldadas pela Constituição de 1988 e, também, como partes integrantes das DCN. Elas são construídas pelo aperfeiçoamento das práticas, partindo de referenciais teóricos que permitam espaço dialético, que ampliados e aperfeiçoados, possam orientar o profissional médico. Com isso, a formação acadêmica contribui para repará-lo a fim de que seja

capaz de atuar de forma “humanista”, “reflexiva” e “crítica”, para que respeite os “princípios éticos”, alcance “responsabilidade social” e promova a “cidadania”. A condição de essa integração ocorrer perpassa a visão de integração do ser humano.

Assim, é preciso desenvolver habilidades que atendem às propostas das DCN, tais como o trabalho interdisciplinar e intercultural. Ter conhecimento do Código de Ética do profissional médico é imprescindível. Somado a uma conduta clara, objetiva, compreensível, adaptada à condição cultural, isso fortalece ainda mais a responsabilidade do médico, melhora a atenção e potencializa a adesão do usuário. Na relação médico-paciente, o acolhimento tem valor diferenciado na construção de vínculo. O estudante que desenvolve uma visão próxima e holística da pessoa e do seu contexto tem habilidade de raciocínio, condição de estabelecer melhor diagnóstico e de ver para além da doença, a pessoa e a população.

5.2 Resultados obtidos na análise da segunda questão

Para a questão2 (Como a abordagem BPSA, presente na anamnese, pode contribuir para o alcance da integralidade do cuidado? Justifique), a análise dos resultados permitiu identificar cinco categorias analíticas, como apresentadas no quadro2.

Quadro 2 – Categorias analíticas dos dados obtidos por meio da questão2, Marília 2013.

Temas/ Categorias analíticas
5.2.1 Formação médica como preconizada nas DCN
5.2.2 Competência profissional
5.2.3 Raciocínio clínico
5.2.4 Necessidades de saúde
5.2.5 Humanização

5.2.1 Formação médica como preconizada nas DCN

Pode prevenir riscos de teorização da integralidade.

Na primeira categoria analítica, referente às diretrizes da formação médica, os estudantes da 6ª série alertaram para aos **riscos de teorização da Integralidade** e apontaram a necessidade da elaboração de possibilidades que possam prevenir riscos ao desenvolvimento da integralidade na prática do cuidado, quando abordam que esse modelo de anamnese:

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 chama de explorar o biopsicosocio-ambiental 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 trabalhada na faculdade/universidade a integralidade do cuidado não poderá ser alcançada. (E31,6ª,Q2)

Uma abordagem que tente transcender a unicausalidade do modelo biomédico predominante caminha no sentido de um cuidado mais integral. Entretanto, mesmo com a formação de recursos humanos voltados para a abordagem BPSA, a organização e a dinâmica macroestrutural da saúde e também da sociedade acaba se sobrepondo, mantendo a predominância do aspecto biológico. A abordagem BPSA é um grande avanço em relação ao modelo flexneriano. Porém, apesar de almejar a integralidade, ainda contém em si uma cisão... Pergunto eu: e porque não incluir também aspectos culturais, de gênero, históricos, etc? (E34,6ª,Q2)

Para se entender o descompasso entre o propósito das DCN e a formação médica, é preciso identificar o comprometimento da gestão, da forma como ocorre a aprendizagem na atenção básica e a preparação dos professores para esta aprendizagem. Somados a estes fatores, existem outros que alimentam a resistência, como acréscimo de funções, 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, fica prejudicado o processo de trabalho integrado, pela distância entre o pensar e o fazer, impregnada de fragmentos referenciais distintos, divisões de trabalho entre profissionais de outras áreas da saúde e as arestas das relações. Na prática, o risco da desarticulação entre processo de trabalho de diferentes profissões, usuários, tipos de tecnologias e

empreendimento relacional influencia diretamente a formação do futuro profissional, que internaliza esses espaços incongruentes.¹⁰¹

A educação médica organizada por meio dos ciclos pedagógicos, com professores de várias áreas, acompanhados pela psicologia médica, pode propiciar e promover visão integrada do ser humano e favorecer a valorização da afetividade nas relações. Desse modo, a aproximação da prática médica a partir da semiologia integrada, com foco no cuidado, nos primeiros anos da graduação de medicina, em que se prioriza a percepção, a valorização dos aspectos psicossociais, a relação e a comunicação, deveria ser continuada e não interrompida aos últimos anos de graduação, época em que predomina o enfoque na doença, sintomas e os aspectos físicos.³⁷

A literatura aponta que a dificuldade em exercer o cuidado na perspectiva da integralidade teórica e prática, como preconizado nas DCN, depende da articulação efetiva entre os serviços de atenção à saúde e da formação de recursos humanos. O discurso lógico, associado às condições de adaptabilidade, multiplica competências e encontra-se com as questões de gestão que medeiam a prática, impulsionada pelo manejo das adversidades da atenção primária, a ressonância do processo comunicacional, associado aos valores, fortalece as tomadas de decisões como comprometimento e empatia. Nesta direção, a Educação Permanente vem problematizar e mobilizar o aprendizado contínuo, transformador. Contudo, ainda prevalece o modelo hospitalocêntrico, com pouca adesão a desempenhos de transformação de práticas sociais. A interdisciplinaridade e o multiprofissionalismo acabam sendo equipes-dependentes, ou seja, salientam a importância de habilidades grupais. Há propostas de ampliação da profissionalização da docência acrescida por avanços da metodologia científica como incentivo a mudanças relevantes.¹⁰²

Observando a lógica dos determinantes sociais, segundo o modelo de Dahlgren e Whitehead, o terceiro nível considera as condições materiais e psicossociais, ou seja, trabalho, ambiente, habitação, saneamento, qualidade de educação e serviços de saúde. Já o quarto nível compreende o alcance das desigualdades sociais e econômicas, questões sobre violência e desequilíbrio ambiental e suas repercussões sobre a sociedade, assim como reportado pelo estudante que aponta a necessidade de transcender a unicausalidade enfatizada no modelo biomédico⁴⁶

Pensar na formação que priorize significados enquanto eixos estruturais da competência profissional, a partir do encontro de subjetividades, com o cuidado de se trabalhar as relações técnicas e humanas das profissões em saúde, pode compor campos de valorização da prática pedagógica, com identidades cultivadas em meio a posturas respeitadas tanto para si como para outrem e enfatizar a importância de ser humano, reconhecer-se por meio de práticas reflexivas. É sabido que influências advindas de matrizes comportamentais, na formação médica criam resistências à capacidade de tolerar o outro. Com este propósito há iniciativas que associam humanidades à formação médica e trabalham questões comportamentais como o individualismo, culto ao corpo, excesso de competitividade, consumo ilimitado e adoração egóica. Criar um ambiente acadêmico que evite deslizes éticos e relações superficiais formaliza diretrizes de conduta ética institucional que referenciam e podem reforçar estes comportamentos.⁷⁶

5.2.2 Competência profissional

Maximiza a valorização do ser humano por meio do desenvolvimento da competência profissional que pode contribuir para a adesão ao tratamento e a gestão do cuidado.

A segunda categoria analítica foca **a valorização do ser humano em seu contexto**. Nela os estudantes da 6ª série apontam:

A anamnese é o mecanismo de que dispõe o profissional da saúde para colher dados sobre seu paciente. Restringir a abordagem a uma visão biológica, baseada em aspectos orgânicos somente, é desperdiçar valiosas oportunidades de ajudar uma pessoa. Uma doença pode trazer grandes repercussões a um paciente. Auxilia-lo neste momento pode lhe ser um precioso alívio, além de estimular-lhe a mudança de hábitos e atitudes. Compreender as diversas situações que implicam a queixa da pessoa permite um cuidado amplo, personalizado, a tão chamada “integralidade do cuidado”. (E4,6ª,Q2)

Sobre a entrevista clínica, sabe-se que é determinante o fator presença, no sentido amplo, o profissional deve procurar permanecer com atenção que equilibre o movimento de lembranças anteriores ou idéias pré-concebidas em relação à pessoa. Ao facilitar a relação, abre-se espaço para conhecer variáveis de como vivenciar a

realidade. Com isso, manifestações de continência abarcam e sustentam o contato. Dá-se possibilidade para a empatia, para o reconhecimento do outro com suas particularidades, para o movimento de aceitação e de solidariedade. Tanto a linguagem verbal como a não verbal configuram a comunicação associada à complexidade afetiva. Desta maneira, fazer perguntas abertas e significativas abre espaço para o outro se colocar, sem desvios.¹⁰³

Na perspectiva da anamnese que considera o contexto da pessoa, alguns estudiosos apontam para a importância de adquirir conhecimentos, hábitos e destrezas básicas. Realizar a anamnese em pacientes simulados pode contribuir para aperfeiçoar as habilidades de comunicação, melhorar o conhecimento e desenvolver competência para a realização da anamnese com pacientes reais.²⁹ Outro estudioso indica também que o prontuário deve ser considerado o documento básico para todas as fases do modelo de assistência médica, como um guia metodológico para a identificação completa dos problemas de saúde de cada pessoa. Como indicador de qualidade assistencial, tem função educativa para os profissionais de saúde, deve ser concebido como um ciclo contínuo para a garantia e melhoria da qualidade, transformando a prática e promovendo aproximação do uso de protocolos e intervenções educacionais.²⁸

Além disso, é destacada a importância do ensino de Humanidades e de cursos básicos sobre entrevista e relação médico-paciente com a participação e apoio de residentes, psiquiatras, médicos de família, psicólogos, professores de sociologia e bioética na formação de estudantes da área da saúde, para o conhecimento transdisciplinar.³¹

Ainda nesta segunda categoria analítica, a análise discente da 3ª série, enfatiza também a **competência profissional** para a elaboração do plano de cuidado:

Uma vez que a abordagem biopsicosócio-ambiental 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)

A anamnese pode ser compreendida como o desenvolvimento de um método científico, que permite descobertas das condições de saúde para o levantamento de hipóteses diagnósticas. Para a realização desta competência clínica, o médico precisa de conhecimentos e habilidades na aquisição e

interpretação de significados dos dados coletados, elaboração do raciocínio clínico, diagnóstico e de diagnósticos diferenciais. Deste modo, o profissional necessita de conhecimentos científicos sobre as condições clínicas observadas, habilidades técnicas requeridas ao cuidado e 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 sua complexidade e contexto, é preciso também considerar os outros fatores que podem desencadear erro clínico: más condições de trabalho, carga horária excessiva, vários locais de atuação e atendimento de uma 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, ilegível.¹⁰⁴

O profissional que valoriza o vínculo desenvolve atributos como a empatia, a comunicação e a resiliência, que são qualidades que o capacitam para atender não só às doenças, contribui também para conduta terapêutica, proposta na perspectiva de horizontalidade, considerando os riscos e benefícios. Neste contexto, a interdisciplinaridade e a busca da prática da integralidade no ambiente de trabalho podem atenuar o número de situações de risco.¹⁰⁵

A estratégia saúde da família, que tem como abordagem fundamental a promoção da saúde e a prevenção de riscos e complicações, aponta para qualidades que o médico deve desenvolver para a realização de uma boa anamnese: raciocinar de forma responsável no atendimento como um todo e em relação ao tempo, de forma longitudinal, para com a pessoa, família, tanto na saúde, quanto em momentos patológicos e na reabilitação; colaborar com as pessoas na problemática do dia-a-dia, assim como com o impacto das vulnerabilidades para manter o equilíbrio familiar e da comunidade; valorizar a complexidade multidimensional física e sócio-psicológica para o cuidado; favorecer o contentamento e manter postura pró-ativa neste sentido; agir de forma compromissada e considerar também o outro em detrimento do foco narcísico e orientar, nesse sentido, as pessoas e famílias sobre o bem-estar físico, mental no processo de adoecer e fazer com vontade ações preventivas o mais cedo possível.

69,106

Nesta segunda categoria analítica, as narrativas descrevem que a abordagem BPSA **pode contribuir para a adesão ao tratamento e gestão do**

cuidado. Os discentes da 3ª série demonstraram sua importância para o cuidado na perspectiva da integralidade:

Ficam mais fáceis as investigações e até mesmo, possibilitaram a adesão do paciente ao tratamento. (E33,3ª,Q2)

Se a abordagem for feita de maneira correta, o plano de cuidados será realizado visando a realidade do paciente, nas questões socioeconômicas e nas biológicas. (E21,3ª,Q2)

No que se refere à relação médico-paciente, estudos descrevem a importância dos seguintes modelos relacionais:

Paternalista, modelo em que o médico por meio do seu conhecimento e habilidades, escolhe o melhor tratamento e informa a pessoa. Coloca-se enquanto protetor, tutelando a melhor escolha para ela. Neste caso, o entendimento de autonomia da pessoa é seguir as orientações escolhidas pelo médico como o melhor a fazer.

Informativo, esta proposta indica que o médico fornece à pessoa informações significativas para que ela mesma possa opinar na intervenção. Também tem caráter informativo. A atuação do médico prevalece com postura técnica, especialista. A autonomia da pessoa está nela, pois a decisão sobre os procedimentos médicos lhe cabe.

Interpretativo, nesta modalidade, além de informar de maneira a clarear os valores da pessoa e respeitar seu desejo, o médico também a ajuda com informações e ela decide pela intervenção médica. O médico investe na pessoa e a autonomia nesta abordagem é o autoconhecimento.

Deliberativo, já nesta abordagem o médico interage com a pessoa para que ela tenha clareza e entendimento para proceder a suas escolhas em relação às suas prioridades clínicas. O papel do médico é de orientação, com postura aberta à relação dialógica. Ele participa enquanto encorajamento esclarecedor. Neste caso, ocorre o movimento de “empoderamento”, que facilita a construção da autonomia de forma consciente. Destaca-se a autonomia como uma condição que torna a pessoa capaz de refletir e escolher com independência sendo capaz também de responder pelos seus atos e de outros.^{69,107}

A adesão pode ser verificada quando há interação entre a pessoa e seu médico ou com a equipe de saúde e pode ser avaliada por de níveis que refletem fatores associados ou que fragilizam sua consistência. Influências relacionadas ao tipo de serviço, a patologia em si, a qualidade do vínculo ou a origem sociocultural interferem significativamente. Já os fatores que a facilitam demandam conhecer a maneira de agir frente a outras situações, os comportamentos defensivos que preponderam, inclusive orientam o grau de maturidade ou regressão ao longo da história.¹⁰⁸

Pessoas com atitudes mais ativas participam da construção de enfrentamento, buscam informações e se envolvem nas ações de tratamento. Há que se considerar, nos valores sociais, a presença de crenças e graus de entendimento cognitivo. Já em relação às reações preconceituosas, observa-se, por exemplo, maior intensidade nos níveis de escolaridade mais desenvolvidos ao conviver com situações estigmatizantes. Pode-se facilitar a adesão com clarificação a respeito de dados relacionados a efeitos colaterais, conhecimento da rotina, alimentação, horários e rede de atenção familiar.¹⁰⁸

Também pode se relacionar o exercício da interdisciplinaridade aliado à prática em equipe, com predomínio de negociações dialógicas e reflexivas. A forma como se relacionam maximiza relações terapêuticas, médicos e pacientes partilham o envolvimento responsável participativo e ampliam a confiança. Observa-se que a postura do médico, quando manifesta vontade e disponibilidade, promove respeito e melhora a capacidade de gerir conflitos. Portanto, além de ocorrer de modo processual, ela é resultante de múltiplos fatores que vão desde questões individuais, as institucionais, coletivas, ou gerenciamento familiar. Resume-se em priorizar a informação e problematizá-la, manter a motivação, somando-as às habilidades dinâmicas de comportamento do profissional que valoriza a rotina de forma acolhedora, considera a autonomia e reconhece os riscos com percepção ativa para facilitar estratégias de apoio.¹⁰⁸

A partir da descrição de fatores de cuidados centrados nas pessoas, é possível demonstrar vantagens sobre os impactos sobre o cuidado, que podem influenciar as taxas de abandono e aumento ou redução de bem-estar.¹⁰⁹

Finalmente, ainda na segunda categoria analítica, os estudantes da 3ª série, salientam o enfoque que **favorece a estratégia de sistematização do cuidado:**

Essa abordagem visa identificar as várias causas que determinam a doença e, portanto direcionar os planos de cuidado. Além disso, visa “personalizar” os cuidados e tratamentos segundo cada paciente. (E30,3ª,Q2)

Se a abordagem for feita de maneira correta, o plano de cuidados será realizado visando a realidade do paciente, nas questões sócio-econômicas e nas biológicas. (E30,3ª,Q2)

O modelo biopsicossocial privilegia a pessoa e o adoecer, associa as dimensões psicológicas e sociais à biológica como complementaridade e valoriza as interações. Para tanto, enfoca a dinâmica e o funcionamento social e psicológico. Sua abordagem é sustentada e representada por entendimento do processo de adoecer. Com isso, leva-se em conta o que é gerado a partir de uma situação-problema, e não somente ela em si, como no modelo biomédico. O desenvolvimento desta prática implica condições de desempenho de habilidades de comunicação: manejo de comunicação interprofissional e transcultural, com portadores de dificuldades cognitivas, sensibilidade para perceber e abordar temática como violência, saúde mental e sexualidade.

Favorecer perguntas abertas, evitar questões formais são dispositivos técnicos que contribuem para que a entrevista flua. Em relação ao silêncio, quando possível, permitir que sua função oportunize espaços de resgate de informações ou manifestações emocionais. Expor o entendimento a partir das percepções identificadas pelo entrevistador indica a postura deste, que abarca a comunicação verbal e não verbal. A *performance* da entrevista, sua flexibilidade, otimiza a adesão tanto ao tratamento quanto à sua evolução. Oportunizar um espaço de tempo para que a pessoa se coloque no início da entrevista motiva a narrativa. Deve-se evitar responder às perguntas de ordem pessoais feitas pela pessoa, sem intenção apenas reativa frente a percebê-las, mas procurando o significado delas. Cada pessoa tem seu mundo e faz parte da entrevista considerar a observação de ansiedade como atitude de aceitação. Por esta ótica, a empatia, quando respeitosa e ética, explicita a solidariedade.³⁷

Relativizar para compreender os contextos proporciona manter a singularidade dos significados de adoecer a partir da vivência da pessoa. Por isso, a interpretação privilegia um olhar ampliado em relação aos agentes causais e à forma

para prevalecer a autonomia, com respeito ao entendimento da identidade cultural que absorve a diversidade.⁶¹

Sabe-se que é significativo ter conhecimento da história prévia sobre a pessoa, no que diz respeito aos tratamentos anteriores, características da personalidade e mecanismos de defesa mais utilizados. Com essas informações, a prestação de cuidado por uma equipe de saúde se organiza para encontrar a maneira que pode ser mais pró-ativa.

Da mesma forma, contextualizar viabiliza as crenças, a escolaridade, salienta também a abordagem diferenciada frente às patologias estigmatizantes, ou às de hábitos irregulares por predomínio de atitudes comprometidas com controle de horários, alimentação, quando se constata isso ser decisivo em um início de tratamento. A confiança no médico e na equipe de saúde facilita tanto a abordagem quanto propõe aproximação no contato.

A partir dessas colocações, fica claro que há necessidade de serem valorizados, durante a realização da anamnese, os fatores sócio-econômicos, familiares e suas relações com o trabalho, os quais predispõem o entendimento do processo saúde-doença, no âmbito individual, no tratamento em contexto familiar, bem como os coletivos e institucionais.¹⁰⁸

5.2.3 Raciocínio clínico

Configura a contextualização do processo saúde-doença, levando em conta comorbidades e o cuidado na perspectiva da integralidade.

Na terceira categoria analítica, os estudantes da 3ª série sinalizam que a contextualização **alcança comorbidades:**

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

A integralidade, não significa totalidade, mas oportuniza que o indivíduo seja assistido em toda sua complexidade humana. Ela pode ser compreendida como uma

possibilidade de reordenação e transformação do trabalho em saúde, portanto, ocorre nas práticas de saúde cotidianas, entre os profissionais e os usuários, somados à capacidade de interação das partes pelo diálogo. De forma similar, o profissional não deve se esquivar da doença, mas privilegiar uma visão abrangente para as necessidades de saúde trazidas pelo sujeito. Entende-se que esta forma de cuidar em construção, advém de um comprometimento ético-político que envolve responsabilidade e a sustenta. Quando as subjetividades se encontram, são identificadas e o cuidado humanizado é desenvolvido na prática do saber fazer, o alcance do cuidado integral é potencializado. Neste sentido, a humanização é o processo que apresenta como resultado o cuidado na perspectiva da integralidade.¹¹⁰

5.2.4 Necessidades de saúde

Mobiliza-se a percepção das necessidades de saúde como proposta para o cuidado na perspectiva da integralidade.

A relevância da quarta categoria analítica, **mobiliza a percepção das necessidades de saúde**, nas narrativas dos estudantes da 6ª série, representa como a abordagem BPSA pode contribuir com o cuidado:

Uma abordagem biopsicossocio-ambiental durante a anamnese permite um raciocínio clínico mais complexo e uma visão clínica mais ampliada. Isso, por sua vez, permite que o profissional de saúde identifique as necessidades de saúde do paciente em diversos aspectos e planeje/elabore um plano de cuidado que ultrapassa os limites biológicos, incluindo outros aspectos. (E14,6ª,Q2)

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

Necessidades de saúde⁷³ 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-se em conta tanto os agentes intrínsecos, quanto os externos ambientais, com perspectivas de acesso as tecnologias, alcançando a dimensão afetiva e a conquista da autonomia.

Há o risco das necessidades de saúde serem naturalizadas, e não se efetivarem em cuidado. Ao serem construídas, possibilitam estratégias para intervenções que não mais as considerem pré-existentes 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, universidades e serviços públicos.¹¹¹

Na Estratégia Saúde da Família (ESF), quando⁶⁹ o médico entende a pessoa como um todo, reúne informações que vão além do diagnóstico, pois se aproxima do conhecimento adquirido pela pessoa em relação à doença e a seu próprio desenvolvimento. Também conhece a família e sua dinâmica, o trabalho, as convicções e as superações de outras crises. Ele, portanto, ao mesmo tempo, aproxima da dor e de seu processo, enquanto impacto e respostas.

Ainda nesta modalidade assistencial, quando são contratados especialistas não pertencentes à ESF para desenvolver esta prática, observa-se a resolutividade comprometida por excessos de encaminhamentos. Este motivo reflete a importância da formação médica para a organização do SUS. Espera-se que os médicos tenham um conhecimento generalista, com capacidade para diagnosticar e contextualizar, também, as necessidades sociais para cuidar das pessoas. Assim sendo, é importante que busquem conhecimentos, científicos e tecnológicos, preocupem-se com questões éticas nas práticas cotidianas, com conhecimento em psicologia e em construção de subjetividade.¹¹²

Na cultura atual, a discussão entre os limites de recursos salienta crescente demanda das necessidades de saúde e abre novos caminhos, como o da medicina baseada em evidências, que baliza intervenções desnecessárias, muitas vezes com potencial iatrogênico. Em contrapartida, a escuta individual procura adequar as necessidades de cada pessoa, uma vez que a maior necessidade de saúde está com ela. Assim, não se fomenta o medo do adoecimento, do envelhecer e da morte, ampliando essa corrente. Substitui-se essa por conscientização sobre como e o que fazer para viver a lógica da vida da maneira menos traumática e mais saudável.¹¹³

5.2.5 Humanização

Potencializa a escuta e o vínculo.

Na quinta categoria analítica, o estudante da 6ª série potencializa espaço que **integra relação médico-paciente e humanização**:

Contribui à medida que deixa ao paciente a possibilidade de melhorar o atendimento, 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 esta abordagem, tornando-a mais reducionista às queixas orgânicas, como vemos frequentemente. (E2,6ª,Q2)

Refletir sobre a lógica do trabalho médico, centrada 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, onde o estudante narra a anamnese e o professor já discute o diagnóstico, a conduta e com frequência até dita a receita compromete a estratégia pretendida. Mesmo com recursos tecnológicos, estes espaços até podem ter sido pensados para serem diferentes da realidade e mostrarem ao estudante outra prática, mas a intenção fica prejudicada⁷⁶.

Para tanto, é imprescindível cuidar da organização do trabalho para alcançar uma prática de saúde adequada. Ainda há o risco de só se privilegiar a parte física, ou valorizar as especialidades em detrimento do todo. Fragmenta-se o saber ao criar distorções, distanciamento e não favorecer a multidisciplinaridade. Em contrapartida, a prática dialógica, que agrega diferentes saberes e predispõe à interdisciplinaridade, associada a relações respeitadas, efetiva o princípio da humanização no ambiente de trabalho, pela valorização de outros profissionais.⁷⁶

Os atendimentos de pacientes propiciam o desenvolvimento de competências biomédicas, ético-relacionais e são essenciais para integrar a teoria à prática. O contato com modelos contribui para a aprendizagem da profissão, por

isso, essa trajetória é construída por formação de intersubjetividades. O encontro das interfaces humanas e técnicas, durante a formação médica e no trânsito pedagógico, facilita o cultivo da identidade médica.⁷⁶

O termo “humanização”, na área da saúde, representa um movimento político-ideológico com propósito transformador em relação à interação da prática profissional com a cultura, como resposta às percepções reais de falta de sensibilidade para com o outro e seu sofrimento. Porém, do ponto de vista acadêmico, ainda é tímida a inserção desta temática frente à crescente evolução biomédica e tecnológica. As pessoas acabam envolvidas e se rendem aos efeitos da globalização, da informação enquanto produto econômico que prioriza a produção. Os projetos regidos por narcisismo seguem os modelos de consumo e empobrecem as relações interpessoais. Ao mesmo tempo, existe a sensação de solidão pela falta de referência do outro e pela dificuldade de valorização das subjetividades, espaço onde não existem encontros para se construir junto.⁷⁶

A humanização do cuidado reflete a atitude do profissional em relação a ele mesmo e a seu mundo e o expõe ao desafio do reconhecimento do outro, levando-se em conta o indivíduo, como detentor de direitos; de sujeito, de capacidade de autonomia para fazer escolhas e da pessoa como detentora de patrimônio cultural que tanto caracteriza a identidade ou grupo social. Destaca-se como as características identitárias da cultura biomédica. Constitui uma visão de mundo sobre a saúde, sustentando que a humanização de práticas de saúde se constitui como *ethos*, quando essas práticas são aprendidas ao longo da vida acadêmica pela observação dos fazeres.¹¹⁴

Também na quinta categoria analítica, o estudante sugere apontamento interativo, e indica que a relação médico-paciente **contribui para a escuta e vínculo:**

O cuidado apenas biológico limita o potencial de cura e prevenção de uma possível patologia do paciente, pois diversos problemas são causados por problemas de origem social, ambiental e psicológica. Essa abordagem mais ampla além de oferecer um maior suporte ao paciente pode conferir um maior vínculo com o entrevistado, pois mostra um cuidado mais humanizado. (E6,3ª,Q2)

Em virtude da complexidade de atitudes da relação médico-paciente, capaz de efetivar vínculo com possibilidades de fertilizar proposta terapêutica, há que se considerar que a postura acolhedora, com afeto, qualificada para a escuta, gestos, entonação e capacidade para continência, com clareza e respeito à verdade que se coloca com gentileza, faz prevalecer a empatia com suas variáveis de perceber tanto estados subjetivos do outro como seus estados emocionais.¹⁰⁰ A formação médica que possibilita ao estudante aprender e trabalhar em equipe favorece o desenvolvimento de habilidades de comunicação, prática interdisciplinar e construção coletiva. O núcleo do saber e do fazer do médico dá-se na clínica, principalmente aquele do aprendizado clínico, a capacidade de raciocínio clínico e semiológico. Daí a importância de o estudante poder atender pessoas nos diferentes estágios de ciclos de vida e nos vários níveis de atenção. Pelo conhecimento do processo social, da percepção ativada pela sensibilidade e da empatia, há o alcance da própria compreensão do estudante. A atitude de aceitação incondicional, não possessiva, demonstra a valorização da pessoa e favorece a escuta ativa, contribui para a compreensão empática, em que são alcançados atributos, como: a benevolência (querer o bem do outro), a beneficência (aceitar o outro como ele é) e a beneficência (compartilhar com o outro algo que lhe pertence intimamente, que só ocorre quando há confiança). Portanto, as habilidades de comunicação têm determinantes que facilitam a compreensão.¹⁰⁰

Utilizar os sentidos a favor da percepção, investir a observação de auto percepção concomitante favorece o vínculo, imprimindo o espaço da presença como fonte de ligação. As mobilidades, ao experimentarem novas perspectivas de observação, ampliam a continência no contato e facilitam a empatia no sentido de sinalizar o importar-se com o outro. Identificar facilitadores para otimizar esta prática demanda habilidades básicas sobre entrevistar, que escala sua abrangência à medida em que se transita por situações como o modo de se dar más notícias, ou de abordar negociações esclarecedoras sobre consentimentos, ter sensibilidade e coragem para se aproximar de questões que envolvem motivações de violência, comportamentos sexuais, procurar incluir as diferentes vertentes culturais e formas alternativas para limitações físicas ou mentais referentes à comunicação interpessoal. Outro recurso de comunicação é a linguagem e suas diversas formas. Conhecê-las e aproveitar-se de suas múltiplas funções, como musical, gestual, escrita, pela pintura, contato visual, posturas corporais, utilização do espaço, das

distâncias, tudo isso permite uma leitura mais acurada, capacita e revela possibilidades de acesso a questões mais primitivas.¹⁰³

5.3 Compreensão da abordagem BPSA contemplada na anamnese entre os estudantes da 3ª e 6ª séries.

5.3.1 Análise da primeira questão

Na síntese da primeira questão¹ (Qual a sua compreensão sobre o conceito da abordagem BPSA presente na anamnese?), observa-se, nas três categorias analíticas, que tanto os estudantes da 3ª quanto os da 6ª série relatam implicações e potencialidades para a formação médica sobre a saúde e sobre a qualidade de vida. Exemplificaram perfis condizentes com o modelo de cuidado centrado na pessoa, a importância do entendimento sobre a historicidade do conhecimento e sinalizaram limitações na formação médica, as quais precisam ser avançadas em profundidade e amplitude para a abordagem do processo saúde-doença.

Os estudantes da 3ª série citaram a influência das dimensões BPSA e os riscos para a saúde, quando nelas ocorrem desequilíbrios. Enfatizam a necessidade de intervenções personalizadas, enquanto os da 6ª série transcenderam para além do conhecimento técnico, incluíram a pertinência da abordagem da espiritualidade, e avaliaram as interações com o meio, partindo do referencial de como o entrevistado vê a si, o mundo, os pares e a comunidade.

Ambas as séries não fizeram alusão à importância da comunicação como parte nem como competência para os desempenhos esperados na anamnese, como apontam as DCN, e também não consideraram relevantes os papéis do sujeito, tampouco, a cidadania.

5.3.2 Análise da segunda questão

Na síntese dessa questão (Como a abordagem BPSA, presente na anamnese, pode contribuir para o alcance da integralidade do cuidado? Justifique), observa-se que, na primeira categoria analítica, os estudantes da 6ª série explicam como se dá a integralidade, sustentam-na conceitualmente, 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 revelam. Os estudantes da 3ª 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 abordar a relação médico-paciente, enquanto os estudantes da 3ª série identificaram a amplitude que a abordagem BPSA oferece para sustentação de vínculos, os estudantes da 6ª série criticam em relação a realidade sobre a disposição de tempo para o atendimento e suas repercussões negativas que podem prejudicar a humanização.



(Henri Cartier-Bresson)

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os objetivos desta pesquisa foi possível analisar a compreensão que os estudantes têm sobre a abordagem BPSA como eixo estruturante da anamnese, a contribuição dessa abordagem para o desenvolvimento do cuidado na perspectiva da integralidade, bem como destacar a visão entre os estudantes de 3ª e 6ª séries de medicina na contemporaneidade e, a partir daí, a sua implicação no cuidado durante a formação médica.

A análise dos resultados aponta que a abordagem BPSA, como ferramenta para instrumentalizar a construção da anamnese, evidencia a intencionalidade de integrar saberes, para além do enfoque biológico predominante na educação médica, que pode proporcionar e efetivar condições de operacionalizar a assistência como preconiza o SUS e as DCN. Dentre os aspectos destacados pelos estudantes da 6ª série, a abordagem BPSA permite compreender o contexto e não só a doença, facilita o contato inicial e proporciona condições para identificar as necessidades de saúde, descobre a forma que a pessoa vive e qual a sua implicação no processo de adoecimento. O estudante entende que esse procedimento também contribui para a formação de vínculos, amplia a relação médico-paciente, a importância da escuta e avalia a pessoa no sentido da integralidade.

Considerando que identificar, na segunda questão da pesquisa, como a abordagem BPSA contribui para o alcance do cuidado na perspectiva da integralidade era um objetivo a ser alcançado, os estudantes do 3ª série, enfatizaram para além do que já foi apontado na primeira questão: vínculo mais humanizado ao considerar a singularidade da pessoa e seu perfil na comunidade para elaborar o plano de cuidado adequado à realidade. A abordagem possibilita a adesão ao tratamento, auxilia métodos preventivos e permite avaliar comorbidades.

Ainda sobre a contribuição da abordagem BPSA, os estudantes da 6ª série indicaram a necessidade de confiança e de afetividade, na prevenção à ativação de “gatilhos” desencadeadores de patologias, como os fatores sócio/ambientais e estressores. Segundo eles, essa percepção contribui para o raciocínio clínico.

Nesta pesquisa, os apontamentos para o risco de prevalecer à integralidade teórica, descrito por estudantes da 6ª série que vivenciam a prática médica no internato, indicaram o 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. Revelam também o desejo de que a teorização seja incorporada à prática do cuidado e definem estratégias para o alcance da integralidade ao reconhecer que o currículo contempla a abordagem BPSA, valores e comportamento que vão ao encontro do compromisso social da educação e da demanda de cuidado da sociedade. Desse modo, pode-se inferir que os estudantes valorizam a anamnese com abordagem BPSA.

Para os estudantes, o discurso sobre a anamnese e sobre o cuidado em saúde não sinalizou entendimentos separados dos diferentes cenários de aprendizagem por níveis de atenção. Isso dá pistas de que a dicotomia até então instalada na educação e nas práticas em saúde não foi significativa para os estudantes, no que se refere a fazer uma anamnese com abordagem BPSA, na qual o cuidado é centrado na pessoa. A partir de esse olhar, conjugaram os saberes que consideram importantes para esse desempenho: valorizar o ser humano em sua totalidade, priorizar a prática contextualizada; observar as fases no ciclo da vida, os determinantes sociais e psicológicos, fatores de adesão ao tratamento e evidências da relação médico-paciente.

Os estudantes demonstraram domínio cognitivo tanto da abordagem BPSA contida na anamnese, quanto de sua contribuição para o alcance do cuidado na perspectiva da integralidade, no entanto, a análise dos dados obtidos, à luz dos referenciais teóricos da formação médica, aponta para desafios:

-Como formar médico para se relacionar consigo mesmo, antes do outro, avaliando sua própria “lente”, como a captura, e com o outro como sujeito que tem suas dimensões biopsicosócio-ambientais, para o desenvolvimento da consciência ecológica e da sustentabilidade desde a elaboração da anamnese?

-Diante da relevância da anamnese para a qualidade do cuidado, como promovê-la, no contemporâneo, em tempo de liquidez de vínculos?

REFERÊNCIAS

1. Cassorla RMS. Prefácio. In: Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis (RJ): Vozes; 2011. p. 19-32.
2. Agamben G. O que é o contemporâneo e outros ensaios. Chapecó (SC): Argos; 2009. O que é o contemporâneo?; p. 56-73.
3. Buzzi A. La entrevista terapéutica. Rev Asoc Méd Argent. 2009;122(3):14-21.
4. Rorty R. Elementos para o debate curricular contemporâneo [Internet]. Richard Rorty e a contribuição do Neopragmatismo. [citado 13 fev 2013]. Disponível em: <http://www.curriculosemfronteiras.org/vol9iss2articles/goncalves-borba.pdf>
5. Lebrun JPA. Perversão comum: viver juntos sem outro. Rio de Janeiro (RJ): Campo Matêmico; 2008.
6. Bauman Z. Vida líquida. Rio de Janeiro (RJ): Jorge Zahar; 2005.
7. Lipovetsky G. O império do efêmero: a moda e seu destino nas sociedades contemporâneas. São Paulo (SP): Companhia das Letras; 2010.
8. Freire Filho J. Ser feliz hoje: reflexões sobre o imperativo da felicidade. Rio de Janeiro (RJ): FGV; 2010.
9. Bauman Z. Medo líquido. Rio de Janeiro (RJ): Jorge Zahar; 2006.
10. Morin E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. 8a ed. São Paulo (SP): Cortez; 2003.
11. Morin E. O método 5: a humanidade da humanidade. 3a ed. Porto Alegre (RS): Sulina; 2005.
12. Medeiros JGM. Formação humanística em medicina. In: Brasil MAA, Campos EP, Amaral GF, Medeiros JGM, organizadores. Psicologia médica: a dimensão psicossocial da prática médica. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2012. p. 8-11
13. Zanotto M, De Rose T. Problematizar a própria realidade: análise de uma experiência de formação contínua. Rev Educ Pesqui. 2003;29(1):45-54.
14. Dewey J. Liberalismo, liberdade e cultura. São Paulo (SP): Nacional; 1970.
15. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 33a ed. São Paulo (SP): Paz e Terra; 2006.
16. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cad Saúde Pública. 2004;20(5):1400-10.

17. Porto CC. Prefácio. In: Brasil MAA, Campos EP, Amaral GF, Medeiros JGM, organizadores. *Psicologia médica: a dimensão psicossocial da prática médica*. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2012.
18. Winnicott C. *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott*. Porto Alegre (RS): Artes Médicas Sul; 1994. p. 200-2.
19. Porto CC. *Exame clínico: bases para a prática médica*. 5a ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2004.
20. Barros MEB, Gomes RS. Humanização do cuidado em saúde: de tecnicismos a uma ética do cuidado. *Fractal: Rev Psicol*. 2011;23(3):641-58.
21. Barros IC. A estrutura formal da anamnese [Internet]. Niterói (RJ): Faculdade Federal Fluminense; [20--?]. [citado 3 fev 2013]. Disponível em: <http://www.uff.br/semiologia/arquivos/Anamnese.pdf>
22. Porto CC. Ouvir o paciente: a anamnese no diagnóstico clínico. *Brasília Méd*. 1999;36(3/4):67-8.
23. Santos JB. Ouvir o paciente: a anamnese no diagnóstico clínico. *Brasília Méd*. 1999;36(3/4):90-5.
24. Porto CC. *Semiologia médica*. 5a ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2005.
25. Jarvis C. *Exame físico e avaliação de saúde*. 3a ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2002.
26. Bates B, Bickley LS, Bates PG. *Propedêutica médica*. 8a ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2005.
27. 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.
28. Llanos Zavalaga LF, Mayca Pérez JA, Navarro Chumbes GC. Auditoría médica de historias clínicas en consulta externa de cuatro hospitales públicos peruanos. *Rev Med Hered*. 2006;17(4):220-6.
29. Rodrigues-Diez MC, Beunza JJ, López-Del Burgo C, Hyder O, Civeira-Murillo MP, Díez N. Aprendizaje de la historia clínica con pacientes simulados en el grado de Medicina. *Educ Méd [Internet]*. 2012 [citado 3 mar 2013];15(1):47-52. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v15n1/original4.pdf>
30. Bernal Montaña MG. Evaluación de competencias clínicas en semiología Salud Uninorte [Internet]. 2007 [citado 20 mar 2013];23(2):172-83. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81723205>

31. Dichi JB, Dichi I. Agonia da história clínica e suas conseqüências para o ensino médico. *Rev Bras Educ Méd.* 2006;30(2):93-7.
32. Higa EFR, Yamada DM, Peloso GFB, Peres CRFB, Panacione SZE, Mesquita CMB. Estratégias para o avanço da integralidade na visão de professores e estudantes. *Rev Bras Educ Méd.* 2012;36(4):470-7.
33. Ferreira TSA, Campos LFO. Conhecimento veiculado em literatura nacional sobre integralidade em saúde. *Cogitare Enferm.* 2009;14(2):368-73.
34. Ceron M. Habilidades de comunicação: abordagem centrada na pessoa. [Internet]. [São Paulo]: UNA-SUS, UNIFESP; [2011?] [citado 12 fev 2013]. Disponível em: www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/.../Unidade_17.pdf
35. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Semiologia médica-I: adultos [Internet]. Belo Horizonte (MG): Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; 2008 [citado 11 abr 2013]. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/arquivos/2008/manual-atend-clm.pdf>
36. Faculdade de Medicina de Marília. Manual de avaliação do estudante: Cursos de Medicina e Enfermagem [Internet]. Marília (SP): Faculdade de Medicina de Marília; 2010 [citado 8 nov 2011]. Disponível em: <http://www.famema.br/avaliacao/manualavaliacao2010.pdf>
37. Marco MA, Lucchese AC, Dias CC, Abud CC, Martins LAN. Semiologia integrada: uma experiência curricular de aproximação antecipada e integrada à prática médica. *Rev Bras Educ Méd.* 2009;33(2):282-90.
38. Herrick JB. The relation of the clinical laboratory to the practitioner of medicine. *JAMA.* 1907;48(23):1909-14.
39. López M. Anamnese. In: López M, Laurentys M, organizadores. *Semiologia médica: as bases do diagnóstico clínico.* 5a ed. Rio de Janeiro (RJ): Revinter; 2004. p. 23-38
40. Tsuji H, Silva RHA. *Aprender e ensinar na escola vestida de branco.* São Paulo (SP): Phorte; 2010.
41. 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.
42. Komatsu RS. *Aprendizagem baseada em problemas: sensibilizando o olhar para o idoso.* Rio de Janeiro (RJ): Associação Brasileira de Educação Médica; 2003.
43. Batista SH. *Aprendizagem, ensino e formação em saúde: das experiências às teorias em construção.* In: Batista NA, organizador. *Docência em saúde: temas e experiências.* São Paulo (SP): SENAC; 2004.

44. Nicoletti S. Medicina e educação em saúde: perspectivas e práticas em cenários de trabalho. In: Batista N, Batista SH, Abdalla IG, organizadores. Ensino em saúde: visitando conceitos e práticas. São Paulo (SP): Arte & Ciências; 2005. p 119-47
45. World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2010 [cited 2013 jan15]. Available from: http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.
46. Buss PM, Pellegrini A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*. 2007;17(1):77-92.
47. Borrell Carrió F. Avaliar nosso perfil de entrevistadores. In: Borrell Carrió F. Entrevista clínica: habilidades de comunicação para os profissionais de saúde. Porto Alegre (RS): Artmed; 2012. p. 37-56
48. Ferreira RC, Chirelli MQ, Pereira AG. Abordagem psicológica na atenção básica em saúde: da fragmentação à integralidade. *Rev Bras Educ Méd*. 2011; 35(2):177-85.
49. García-Zapata LRC, Silva SP. O acadêmico de medicina e o desafio da entrevista com o paciente. In: Brasil MAA, Campos EP, Amaral GF, Medeiros JGM, organizadores. Psicologia médica: a dimensão psicossocial da prática médica. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2012. Cap x. p. 65-70
50. Rossi SR, Batista NA. O ensino da comunicação na graduação em medicina: uma abordagem. *Interface Comum Saúde Educ*. 2006;10(19):93-102.
51. Minayo MCS. Saúde e ambiente: uma relação necessária. In: Campos, GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM. Tratado de saúde coletiva. São Paulo (SP): Hucitec; 2006. p. 93-121.
52. Declaração final da Conferência das Nações Unidas sobre desenvolvimento sustentável: Rio + 20: o futuro que queremos [Internet]. Rio de Janeiro (RJ) ; 2012 [citado 5 fev 2013]. Disponível em: <http://www.aneam.org.br/attachments/article/1035/O-Futuro-que-queremos1.pdf>
53. Tonhom SFR, Moraes MAA, Hafner MLMB, Gomes R. Reflexões iniciais sobre a avaliação nos Cursos de Enfermagem e Medicina. In: Moraes MAA, Tonhom SFR, Hafner MLMB, Gomes R, organizadores. Avaliação nos Cursos de Medicina e Enfermagem: perspectivas e desafios. Curitiba (PR): CRV; 2012. p. 15-28.
54. Maranhão EA. O que mudou na educação médica a partir das diretrizes curriculares nacionais: sob os olhares do Jano de Duas faces. In: Streit DS, organizador. Educação médica: 10 anos de Diretrizes Curriculares Nacionais. Rio de Janeiro (RJ): ABEM; 2012. p. 59-91

55. Vilar do COL. Formação médica e promoção da saúde de comunidades: a articulação dessas práticas em um mesmo cenário [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2011. 141p.
56. Barros CMS. Mediação intersetorial para a promoção da saúde: o projeto transando saúde no SESC [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2009. 223 p.
57. Ferreira RC, Fiorini VML, Crivelaro E. Formação profissional no SUS: o papel da atenção básica em saúde na perspectiva docente. *Rev Bras Educ Med.* 2010;34(2):207-15.
58. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 4, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*; 9 nov 2001; Seção 1:38.
59. Demarzo MMP. Diretrizes para o ensino na atenção primária à saúde na graduação em medicina: inclusão de novas propostas. In: Marins JJN, Rego S, organizadores. *Educação médica: gestão, cuidado, avaliação.* São Paulo (SP): Hucitec; 2011. p. 42-54
60. Albuquerque CP. Ensino e aprendizagem em serviços de atenção básica do SUS: desafios da formação médica com a perspectiva da integralidade: narrativas e tessituras [tese na Internet]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do estado do Rio de Janeiro; 2007. 291 p. [citado 15 jan 2013]. Disponível em: http://www.bdttd.uerj.br/tde_arquivos/44/TDE-2012-03-14T144723Z-2138/Publico/carla%20albuquerque-tese%20doutorado.pdf
61. Favoreto CAO. A prática clínica e o desenvolvimento do cuidado integral á saúde no contexto da atenção primária. *Rev APS.* 2008;11(1):100-8
62. Silva RMFL, Rezende NA. O ensino de semiologia médica sob a visão dos alunos: implicações para a reforma curricular. *Rev Bras Educ Med.* 2008;32(1): 32-9.
63. Maia JA. Formação humanística no ensino superior em saúde: intencionalidades e acasos. In: Batista NA, Batista ASH, Abdalla IG, organizadores. *Ensino em saúde: visitando conceitos e práticas.* São Paulo (SP): Arte & Ciência; 2005. p. 39-54.
64. Rios IC. Humanidades e medicina: razão e sensibilidade na formação médica. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010;15 Suppl 1:1725-32.
65. Carta de Palmas [Internet]. Primeiro Encontro Nacional de Professores de Semiologia Médica (ENAPS); 19 de abril de 2012. Palmas (TO) [citado 23 jun. 2012]. Disponível em: www.abem-educmed.org.br/pdf/carta_palmas.pdf
66. Otani MAP, Barros NF. Care: key concepts [resenha de livro]. *J Nurs UFPE On Line [Internet].* 2012 June [citado 12 mar 2012];6(6):1490-1. Revisão de: Philip J.

Care: key concepts. Cambridge (UK): Polity; 2007. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2800>

67. Pinto LF, Santos Júnior MAM, Freitas MRR, Tosta RA, Cardoso SV, Parodi AHM, Galvão BS. In: Barros NF, organizador. Cuidados da doença crônica na atenção primária de saúde. São Paulo (SP): Hucitec: Sobravime; 2012. p. 17-18.

68. Boff L. Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra. 10a ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2004.

69. Lopes JMC. A pessoa como centro do cuidado no processo de produção do cuidado médico em serviço de atenção primária à saúde [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005. 221 p.

70. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. Interface Comun Saúde Educ. set 2003-fev 2004;8(14):73-92.

71. Silva AL, Ciampone MHT. Um olhar paradigmático sobre a Assistência de Enfermagem: um caminhar para o cuidado complexo. Rev Esc Enferm USP. 2003;37(4):13-23.

72. Feuerwerker LCM. A cadeia do cuidado em saúde. In: Marins JJN, Rego S, organizadores. Educação médica: gestão, cuidado, avaliação. São Paulo (SP): Hucitec; 2011. p. 99-113

73. 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 (RJ): IMS, ABRASCO; 2001. p. 113-26.

74. Sampieri RH, Collado CF, Lucio, PB. Metodologia de pesquisa. 3a ed. São Paulo (SP): McGraw-Hill; 2006.

75. Deslandes SF, Assis SG. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadores. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2002. p.195-223.

76. Rios IC, Schraiber LB. Humanização e humanidades em medicina: a formação médica na cultura contemporânea. 1ª ed. São Paulo (SP):Unesp; 2012.

77. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo (SP): Almedina Brasil; 2012.

78. 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: 21082.

79. Faculdade de Medicina de Marília. Necessidades de saúde 2 e prática profissional 2: 2ª série dos Cursos de Medicina e Enfermagem. Marília (SP): Faculdade de Medicina de Marília; 2013.
80. Faculdade de Medicina de Marília. Necessidades de saúde 2: 2ª série – Cursos de Medicina e Enfermagem. Marília (SP): Faculdade de Medicina de Marília; 2011.
81. 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; 2011.
82. Moraes MAA, Marvulo MML, Braccialli 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 (PR): CRV; 2012. p. 143-158.
83. Guerra IC. Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo: sentidos e formas de uso. Cascais: Princípia; 2012.
84. Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 25a ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2007. p. 79-108
85. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12a ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2010.
86. Moraes R. Análise de conteúdo. Rev Educ. 1999;22(37):7-32.
87. 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 (SP): Hucitec; 2006. p. 19-39.
88. Aguiar AC, Ribeiro ECO. Conceito e avaliação de habilidades e competência na educação médica: percepções atuais dos especialistas. Rev Bras Educ Med. 2010;34(3):371-8.
89. Haddad AE, Brenelli SL, Michel JLM, Nunes MPT, Bucci MPD, Campos FE. A Educação Médica no contexto da política nacional de educação na saúde. In: Marins JJN, Rego S, organizadores. Educação médica: gestão, cuidado, avaliação. São Paulo (SP): Hucitec; 2011. p. 19-41.
90. Santos WS. Organização curricular baseada em competência na educação médica. Rev Bras Educ Médica. 2011;35(1):86-92.
91. Bagatin E, Kitamura S. História ocupacional. J bras Pneumol. 2006;32(Suppl. 2):S12-6.

92. 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.
93. Rouquayrol MZ. Contribuição da epidemiologia. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YM. *Tratado de saúde coletiva.* São Paulo (SP): Hucitec; 2006. p 326-35.
94. Lucchetti G, Granero AL, Bassi RM, Latorraca R, Nacif SAP. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? *Rev Soc Bras Clin Med.* 2010;8(2):154-8.
95. Levinas E. *Entre nós: ensaios sobre a alteridade.* Petrópolis (RJ): Vozes; 2009.
96. Chazan LF, Chazan AC, Barbosa VLM. As redes sociais e a sua importância no processo saúde-doença. In: Brasil MAA, Campos EP, Amaral GF, Medeiros JGM, organizadores. *Psicologia médica: a dimensão psicossocial da prática médica.* Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2012. p. 202-2010
97. Schestatsky SS. Desenvolvimento e estruturação da personalidade. In: Brasil MAA, Campos EP, Amaral GF, Medeiros JGM, organizadores. *Psicologia médica: a dimensão psicossocial da prática médica.* Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2012. p. 26-31.
98. Kruger LL, Werlang BSG. O genograma como recurso no espaço conversacional terapêutico. *Aval Psicol.* 2008;7(3):415-26.
99. Muniz JR. O médico, seu paciente e a família. In: Brasil MAA, Campos EP, Amaral GF, Medeiros JGM, organizadores. *Psicologia médica: a dimensão psicossocial da prática médica.* Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2012.p.191-200.
100. Grosseman S, Karnopp ZMP. Relação médico-paciente, terapêutica e a formação médica: a ética, a cidadania e o cuidado nas interações. In: Marins JJ, Rego S, organizadores. *Educação médica: gestão, cuidado, avaliação.* São Paulo (SP): Hucitec; 2011. p 131-73
101. González AD, Almeida MJ. Integralidade da saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010;15(3):757-62.
102. Machado JLM, Machado VMP, Vieira JE. Diretrizes Curriculares Nacionais: como sair do discurso para a prática? uma nova agenda de mudanças das escolas médicas para o próximo decênio. In: Streit DS, organizador. *Educação médica: 10 anos de Diretrizes Curriculares Nacionais.* Rio de Janeiro (RJ): ABEM; 2012. p. 109-126
103. Marco MA. Entrevista médica e história clínica. In: Brasil MAA, Campos EP, Amaral GF, Medeiros JGM, organizadores. *Psicologia médica: a dimensão psicossocial da prática médica.* Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2012. p. 58-63.

104. 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>
105. Tavares FM. Reflexões acerca da iatrogenia e educação médica. *Rev Bras Educ Med.* 2007;31(2):180-5.
106. Rakel RE. Tratado de medicina de família. 5a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
107. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 1992;267(16):2221-6.
108. Cardoso G, Garcia R. Adesão ao tratamento no contexto das doenças crônicas. In: Brasil MAA, Campos EP, Amaral GF, Medeiros JGM, organizadores. *Psicologia médica: a dimensão psicossocial da prática médica.* Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2012. p. 152-158
109. Cloninger CR. Person-centred integrative care. *J Eval Clin Pract.* 2011;17(2):371-2.
110. Oliveira CO, Cutolo LRA. Humanização como expressão de integralidade. *Mundo Saúde.* 2012;36(3):502-6
111. 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 (RJ): CEPESC/UERJ:ABRASCO; 2005. p. 91-101.
112. Amoretti R. Educação médica diante das necessidades sociais em saúde. *Rev Bras Educ Médica.* 2005;29(2):136-46.
113. Gusso GDF, Almeida RCC. Necessidades de saúde e de ensino. In: Marins, JJN, Rego S, organizadores. *Educação médica: gestão, cuidado, avaliação.* São Paulo (SP): Hucitec; 2011. p. 55-66.
114. Deslandes SF, Mitre RMA. Processo comunicativo e humanização em saúde. *Interface Comum Saude Educ.* 2009; 13(Supl. 1):641-9.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Titulo do estudo: Reflexões contemporâneas sobre a anamnese na visão do estudante de medicina

Pesquisadora responsável: Elza de Fátima Ribeiro Higa

Estudante pesquisadora: Márcia Oliveira Mayo Soares

Estamos desenvolvendo este estudo com o objetivo de identificar e analisar a contribuição da abordagem biopsicossocial da anamnese para o desenvolvimento da integralidade na visão dos estudantes de medicina da 3ª e 6ª séries.

Para que esse estudo possa ser desenvolvido precisamos da sua valiosa colaboração, respondendo a uma pergunta que consta no questionário anexo sobre a abordagem biopsicossocial da anamnese.

Autorizo a divulgação das informações obtidas, mantendo-se o caráter de sigilo das mesmas. Para tanto estou ciente de que posso:

- * Receber todas as informações que achar necessárias sobre a pesquisa a ser desenvolvida.
- * Ter identificação preservada.
- * Retirar o meu consentimento em qualquer parte dos questionários sem problemas por este ato.
- * Não sofrer nenhum prejuízo por minha participação;
- * Ser informado (a) dos resultados dos estudos;
- * Ser esclarecido de qualquer dúvida por meio de contato com o pesquisador responsável

Informamos ainda que sua participação não implicará em custos financeiros para você ou para o sistema de saúde;

É importante que saiba que os os resultados do estudo podem ser divulgados em eventos científicos ou publicados em revista científica.

Caso possa colaborar com o estudo, para atender as exigências éticas de pesquisa com seres humanos queira, por favor, preencher este termo de consentimento. Eu

_____ portador do RG nº _____ após ter sido informado (a) sobre o trabalho, concordo em participar do mesmo.

Marília, ____ de _____ de 2011/2012.

Ass. do entrevistado

Ass. do pesquisador principal
Profa. Dra. Elza de Fátima Ribeiro
Higa
e-mail: ribhg@hotmail.com
COREn: 47757 – RG: 11.261.500-4

Ass. da estudante pesquisadora
Márcia Oliveira Mayo Soares
e-mail:
marciaomsoares@yahoo.com.br
RG: 10.443.810-1

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DA PESQUISA

Titulo do estudo: Reflexões contemporâneas sobre a anamnese na visão do estudante de medicina

Pesquisadora responsável: Elza de Fátima Ribeiro Higa

Estudante pesquisadora: Márcia Oliveira Mayo Soares

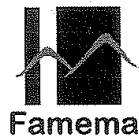
Dados de identificação do participante

Estudante da __ ano de Medicina

Questões da pesquisa

- 1. Qual a sua compreensão sobre o conceito da abordagem biopsicosócio-ambiental presente na anamnese?

- 2. Como a abordagem biopsicosócio-ambiental, presente na anamnese, pode contribuir para o alcance da integralidade do cuidado? Justifique.



SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO,
CIÊNCIA E TECNOLOGIA

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA
Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Marília, 06 de Dezembro de 2011

Ilmo^(a) Sr.^(a)
Prof^a Dr^a Elza De Fátima R. Higa
Marília/SP

O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, recebeu o protocolo de estudo nº 1400/11, intitulado: "Contribuições da Anamnese no Desenvolvimento da Integralidade para Formação Médica", foi considerado **APROVADO** em Reunião Ordinária – 05/12/2011, de acordo com a Resolução 196/96 e suas Complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Sendo só para o momento, reiteramos protestos de consideração e apreço.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Valdeir Fagundes de Queiroz
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa
Envolvendo Seres Humanos