

IMPACTO DA ANAMNESE PARA O CUIDADO INTEGRAL: VISÃO DOS ESTUDANTES PORTUGUESES

Anamnesis impact to an integrated care: Portuguese students' view

Artigo Original

RESUMO

Objetivo: Investigar a compreensão do estudante de medicina sobre a abordagem biopsicossocial contida na anamnese e descrever como ela pode beneficiar para a prestação integral de cuidados. **Métodos:** Pesquisa de campo com abordagem qualitativa dos resultados, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o protocolo nº 1400/11. Participaram 32 estudantes do Curso de Medicina da Universidade do Algarve, Portugal. Os dados foram obtidos por meio das respostas a duas perguntas abertas e interpretados pela Técnica da Análise de Conteúdo na modalidade temática. **Resultados:** A análise das respostas à primeira pergunta indicou três categorias temáticas: compreensão holística da pessoa; comunicação e interação com a equipe; exercício da cidadania. Dos dados obtidos na segunda pergunta, a análise permitiu elencar cinco categorias temáticas: especialização da medicina, risco de medicalização e erro médico; adesão ao plano terapêutico; gerenciamento de recursos; diálogo e assertividade; e hábitos de vida. **Conclusão:** Estudantes portugueses caracterizaram sua compreensão e revelaram o foco conceitual centrado na pessoa em relação à anamnese, com abordagem biopsicossocial. Mostraram importantes contribuições para prestação integral e holística de cuidados à saúde por meio da anamnese de abordagem biopsicossocial.

Descritores: Anamnese; Saúde Holística; Formação Médica.

ABSTRACT

Objective: To investigate the medical school's student's understanding of the biopsychosocial approach contained in the anamnesis, and to describe how the manner can contribute to holistic health care. **Method:** Field research with a qualitative approach to the results, approved by the Research Ethics Committee under protocol no. 1400/11. Thirty-two students participated in the Medicine Course at the University of Algarve, Portugal. The data were obtained through answerers about two open questions and interpreted by the Content Analysis Technique in the thematic modality. **Results:** The analysis of the answer of first question indicated three thematic categories: the holistic understanding of the person; communication and interaction with the team; exercise of citizenship. The data were obtained in the answer of the second question, the analysis allowed five thematic categories: the specialization of medicine, the risk of medicalization and medical error; adherence to the therapeutic plan; resource management; dialogue and assertiveness; and habits of life. **Conclusions:** Portuguese students characterized their understanding and revealed the conceptual focus on centered in person, in relation to the biopsychosocial approach. They important showed contributions to holistic health care through the anamneses of biopsychosocial approach.

Descriptors: Anamnesis; Holistic Health; Medical Education.

Márcia Oliveira Mayo Soares⁽¹⁾
Elza de Fátima Ribeiro Higa⁽¹⁾
Luis Filipe Gomes⁽²⁾
José Pedro Quitalo Marvão⁽²⁾
Ana Isabel da Fonseca Gomes⁽³⁾
Agostinho Henrique Costinha
Gonçalves⁽³⁾

1) Faculdade de Medicina de Marília -
FAMEMA - Marília (SP) - Brasil

2) Universidade do Algarve - UALg - Faro
- Portugal

3) Ravensburg - Alemanha

Este artigo seguiu as normas e formatação estabelecidas pelo 5º CIAIQ - Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa.

INTRODUÇÃO

A entrevista clínica⁽¹⁾ cria oportunidades para se obter uma boa anamnese. Trata-se de um procedimento essencial no processo do cuidado sempre que o médico se comporta com capacidade de respeito, interesse, autenticidade, coerência e compreensão empática. A anamnese favorece o reconhecimento do outro, de suas necessidades, medos e ansiedades. Dessa forma, ela representa a base para o exercício profissional. A partir dessa percepção, esta pesquisa investiga como os estudantes portugueses compreendem a abordagem biopsicossocial (BPS) contida na anamnese e qual sua contribuição para o desenvolvimento do cuidado integral. Considera-se, então, como pressuposto norteador, que essa maneira de fazer anamnese, preconiza o cuidado para além da doença e do biológico⁽²⁻⁴⁾.

Para compreender a anamnese na contemporaneidade, é importante ter conhecimento de um conjunto de saberes, dentre os quais estão os fundamentos filosóficos contidos na sociedade, como o neopragmatismo, que se refere a uma linha de compreensão do mundo, da vida em sociedade e do homem e que contempla a concepção de ser humano com capacidade de se tornar solidário, mesmo na posição de indivíduo. Esse sentido conciliatório sinaliza a construção de um modelo social que acolhe o diferente rompe com uma visão fragmentada do conhecimento e no qual prevalece o holismo⁽⁴⁻⁵⁾.

A anamnese pode ser considerada um método importante para o desenvolvimento posterior do cuidado. No método se encontra o caminho pelo qual se estrutura o pensamento. Na anamnese, pode-se identificar a matriz de significado frente ao que é reconhecido pela pessoa ao refletir sobre o que sente, de que forma, há quanto tempo e as relações. Os modelos de entrevista que priorizam a complexidade da relação médico-paciente fomentam mudanças de postura de entrevistador para ouvinte e cuidador no processo saúde/doença das pessoas. Com isso o diferencial está na pessoa, no alcance da subjetividade de quem entrevista, e não restrita ao método em si^(3,4).

Essa anamnese para o cuidado integral deve ser percebida como um dos desafios da formação do estudante de medicina e assume papel fundamental na entrevista médica. Como método científico, permite descobertas sobre as condições de saúde para o levantamento de hipóteses diagnósticas. Para realização dessa competência clínica, o profissional precisa de conhecimentos e habilidades na aquisição e interpretação de significados dos dados coletados, elaboração do raciocínio clínico, diagnóstico e outros diagnósticos diferenciais. O profissional da medicina 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^(4,6).

Ao longo da história, a evolução das formas de cuidado vem adquirindo uma plasticidade que demonstra adaptações necessárias ao processo evolutivo humano, potencializando o modelo centrado na pessoa⁽⁴⁻⁷⁾.

A psicanálise enfoca alguns aspectos da mudança social, expressos na sociedade contemporânea, pelo declínio da função paterna, da hierarquia e da transcendência na regulação das relações humanas. Essas condições podem ser precursoras da perversão comum, resultado da não existência do outro, que pode estar presente na constituição psíquica dos sujeitos transformando-os assim, em neo-sujeitos: que tem dificuldades de maturação e relacionais. Esses, por sua vez, evitam encontros e não exercem a alteridade. A psicanálise aponta, também, mutação no laço social, que transforma uma sociedade hierárquica e consistente, mas incompleta, em uma sociedade completa, mas inconsistente⁽⁸⁾.

Nesse contexto, o individualismo seria uma das consequências lógicas dessa mutação e a educação, uma das atividades básicas do ser humano, deve se preocupar com a percepção do outro, que é diferente de si, para reconhecer as diferenças. Tradicionalmente, a educação se apoiava nas figuras representativas de autoridade, que contribuíam para a formação de um adulto e promoviam condições para superação da imaturidade aceitação do outro, embora fossem preservadas sua singularidade e responsabilização pelos próprios problemas. Na atualidade, porém, há riscos de a educação dissolver-se em negociações intermináveis em que todos podem ter razão⁽⁸⁾.

Cabe ressaltar que, na sociedade contemporânea, prevalece a vida líquida, em que cada indivíduo está sujeito às mudanças imediatas dos padrões sociais, algo que também requer sua compreensão repentina para responder a essas transformações⁽⁹⁾.

Sustentar, portanto, a existência, nessa sociedade tão efêmera e até contraditória, exige do indivíduo mudança de seu modo de agir. Pode-se constatar que a qualidade líquida da vida caracteriza o indivíduo como ser social e sustenta, ainda que por mínimo espaço de tempo, que o sujeito se sinta aprovado e tenha uma identidade compartilhada pelos demais. Em outras palavras, os indivíduos aceleram suas atitudes e não esperam que os fatos aconteçam a seu tempo; estão sempre se movimentando de forma instantânea e, iludidos, pressupõem a não existência de limites e não constroem referenciais claros do que é início ou fim⁽¹⁰⁾.

É possível pensar que este tipo de sociedade tende a idealizar a felicidade, mas, ao considerá-la responsável de sua gestão, os indivíduos apenas mascaram o medo de uma existência insuficiente, sem expressão ou sucesso⁽¹¹⁾.

Sendo assim, tal busca pela liquidez promove um processo de esvaziamento de sentido e de referenciais; os vínculos interpessoais tornam-se mais vulneráveis⁽¹²⁾.

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 ensinar 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 estrutura complexa de sua identidade. “*Ensinar os princípios do conhecimento pertinente*” enfatiza a promoção do 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 com o consequente conhecimento da realidade cotidiana dos serviços de saúde⁽¹³⁾.

A importância frente ao patrimônio cultural se dá em virtude de ele ser o principal organizador de uma sociedade, em que a identidade singular de cada um traz consigo tanto o capital identitário cognitivo, que abarca práticas, saberes, 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 incorpora as influências descritas acima, gera a complexidade social e condiciona a complexidade individual. Portanto, cada indivíduo é simultaneamente um sujeito e pertence a um todo sociológico. Nas sociedades históricas a organização das famílias ocidentais vem se transformando na contemporaneidade. O casamento deixa de ser exclusivo por conveniência, mas, mesmo assim, as relações entre casais são frágeis e não contornam crises, o que gera grande número de divórcios e mudanças reprodutivas: eliminam-se os pais, utiliza-se barriga de aluguel e legitimam-se famílias homossexuais. A casa, antes ocupada por três gerações, passa a ser do casal e dos filhos, com lares reduzidos em relação às crianças. Esse lar 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 creches. Portanto, a cultura tem alimentado a sociedade e pensá-la contribui para o entendimento de seu contínuo movimento de regeneração⁽¹⁴⁾.

A educação em saúde tem de assumir, então, o desafio da compreensão social contemporânea, para identificar possibilidades de conhecimentos que procurem compreender e conciliar o desenvolvimento tecnológico, as

mudanças de comportamento, o perfil epidemiológico atual e o caráter 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 ciência e humanismo⁽¹⁵⁾.

Nesse contexto, a comunicação destaca-se dentre os fatores relevantes para a aprendizagem e para o entendimento das informações coletadas na anamnese. Sabe-se que o começo da comunicação entre duas pessoas ocorre entre a mãe e o bebê, também chamada mutualidade: depende da capacidade da mãe em proporcionar atitudes que o bebê tem condições de descobrir. É o início do desenvolvimento e das conquistas, em que um se identifica com o outro. A partir daí o “*holding*” ou “*sustentação*” é traduzido por cuidado físico até se reconhecer quando já não se faz necessário e pode, ou não, haver desapontamentos. Portanto, esta sustentação é algo que precisa ser comunicado e, mais tarde, desempenhado pela linguagem⁽¹⁶⁾.

Na atualidade, pesquisadores propõem uma estrutura de desenvolvimento para a consulta médica centrada no paciente, e que considera a sua perspectiva na condução e capacidade de colaborar com o desfecho do cuidado: início da sessão, coleta de informações, construção da relação médico-paciente, planejamento do cuidado e orientação, e finalização da sessão⁽¹⁰⁾.

Frente ao exposto, esta pesquisa parte do seguinte questionamento. Como os estudantes de medicina compreendem a anamnese com abordagem biopsicossocial e de que maneira ela pode contribuir para o cuidado integral? Seu objetivo é investigar a compreensão do estudante de medicina sobre a abordagem biopsicossocial contida na anamnese, e descrever como ela pode beneficiar a prestação integral de cuidados.

MÉTODOS

Pesquisa com abordagem qualitativa dos resultados, transversal e de campo. Essa abordagem busca ampliar a compreensão sobre comportamentos, sentimentos e experiências das pessoas, em que estão contidos seus valores, crenças e aspirações com o intuito de conhecer a essência da vida. Assim, descreve o cotidiano vivenciado na realidade social, o que corresponde ao espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que circundam o ser humano^(7,17).

A coleta de dados foi realizada na Universidade do Algarve, campus de Gambelas, na cidade de Faro, em Portugal. O programa educacional do Curso de Mestrado Integral em Medicina é desenvolvido pelo método *Problem Based Learning* (PBL)⁽¹⁸⁾.

Participaram da pesquisa 16 estudantes do segundo e 16 do quarto ano, do curso de medicina, selecionados aleatoriamente, que corresponde a 50% dos matriculados nos respectivos anos de graduação, totalizando 32 participantes. A escolha dos diferentes anos do curso, na metade e no final, deu-se porque, no segundo ano, completa-se o ciclo de aprendizagem na Atenção Primária à Saúde (APS) e, no quarto, eles estão encerrando o curso. Com a vivência do internato, já possuem experiência com as diferentes maneiras de se fazer anamnese e níveis de cuidado.

Os dados foram obtidos por meio de duas perguntas abertas: O que entende por abordagem biopsicossocial e sua presença na anamnese? De que forma pode a abordagem biopsicossocial presente na anamnese permitir que seja atingida a prestação integral de cuidados? Tais questões foram previamente validadas pelos especialistas da Universidade do Algarve.

Os dados obtidos foram interpretados pela técnica de Análise de Conteúdo, na Modalidade Temática. A análise de conteúdo constitui procedimentos que sistematizam e indicam objetivos de descrição e análise dos dados por meio das seguintes etapas: Pré-análise, Exploratória e Interpretativa. Na Pré-análise, pelos critérios de representatividade, homogeneidade e pertinência, são reestruturadas as hipóteses e indicadores para fundamentação e desenvolvimento da análise. Nessa etapa, empreende-se uma leitura exaustiva dos dados coletados, a fim de aprofundar o conteúdo e pressupostos norteadores da análise e da interpretação. Na fase Exploratória, é realizado

o levantamento de categorias, das unidades de registro, que podem ser palavras, frases, expressões significativas, relevantes ao pesquisador a partir das unidades de registro e de contexto. Finalmente, na fase interpretativa, a análise se aprofunda sobre os conteúdos subjacentes das falas, relacionando-as às estruturas descritivas e sociológicas, articuladas com a fundamentação teórica e os objetivos do estudo^(19,20).

Na apresentação dos resultados, de acordo com os princípios éticos, os estudantes foram assim codificados: (E1, E2.).

A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob o número de protocolo 1400/11, que envolve seres humanos da Faculdade de Medicina de Marília, e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes de responder ao questionário⁽²¹⁾, conforme os aspectos éticos da pesquisa que envolve seres humanos, explícitos na Resolução nº. 466/2012 do Ministério da Saúde. Foi autorizada pelo CEP do Brasil, por ter sido iniciada neste país e, na sequência, foi expandida para Portugal com a autorização da Universidade do Algarve. Os dados obtidos no Brasil já foram publicados⁽³⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos resultados, obtidos a partir das respostas às duas perguntas de pesquisa, permitiu identificar nove categorias temáticas, sendo três referentes à primeira e cinco à segunda, como apresenta o quadro I abaixo.

Quadro I - Categorias temáticas obtidas nas respostas às duas perguntas de pesquisa na Universidade do Algarve. Marília, 2013.

Perguntas	Categorias temáticas
O que entende por abordagem biopsicossocial e sua presença na anamnese?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Compreensão holística da pessoa 2. Comunicação e interação com a equipe 3. Exercício da cidadania
De que forma pode a abordagem biopsicossocial presente na anamnese permitir que seja atingida a prestação integral de cuidados?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Especialização da medicina, risco de medicalização e erro médico 2. Adesão ao plano terapêutico 3. Gerenciamento de recursos 4. Diálogo e assertividade 5. Hábitos de vida

Na sequência, são apresentados e discutidos os discursos referentes a cada categoria temática, respectivamente.

Os estudantes do quarto ano apontaram que a anamnese, com a abordagem BPS, oportuniza a compreensão holística da pessoa e facilita o início da entrevista clínica:

“[...] é um método que permite uma compreensão holística do indivíduo, uma vez que dá uma visão completa das condições físicas, psicológicas e sociais do doente [...] é fundamental para a obtenção de um correcto diagnóstico [...].” (E2, 4º)

“[...] engloba uma perspectiva holística e integrada da pessoa. Envolve também o meio, a sociedade e as relações estabelecidas, e as características psicológicas de cada um. As componentes estão interligadas entre si, e influenciam-se.” (E9, 4º)

A abordagem biopsicossocial privilegia a pessoa e o processo de adoecer, associa as dimensões psicológicas e sociais à biológica e valoriza as interações, com enfoque na dinâmica e no funcionamento social e psicológico. A partir dessa premissa, considera uma situação-problema e não somente a doença, como no modelo biomédico. O desenvolvimento dessa prática implica condições de desempenho de habilidades e manejo de comunicação interprofissional e transcultural^(4,22).

A valorização da pessoa depende da atitude não possessiva do profissional e favorece a escuta ativa. Assim, pode contribuir para a compreensão empática, que demanda o alcance de atributos, como a benevolência, a beneficência, e a beneficência. Para isso é importante o desenvolvimento das habilidades de comunicação^(4,23).

Também indicaram que a abordagem BPS:

“Deve estar presente e abordar temas, como religião, crenças na saúde, estatuto socioeconômico, estado mental e emocional.” (E14, 2º)

A dimensão da espiritualidade na anamnese deve fluir de forma natural quando se abordam outros aspectos da dimensão social do cuidado: atividades físicas, hábitos de vida e condições socioeconômicas, dentre outras. Ainda que a abordagem da espiritualidade dependa das crenças do próprio médico e de suas heranças culturais, ele deve reconhecer o momento e a forma correta de abordar essa dimensão sem preconceitos. Quando a pessoa não manifesta nenhuma espiritualidade, deve-se perceber como compreende sua doença, suas expectativas, tendo em vista o sentido de um cuidado mais integral e humano^(4,24).

“A anamnese é o instrumento inicial de colheita de dados clínicos do paciente, que deve ser global e abrangente, objetiva e a serviço do paciente e não do médico. Encara a pessoa como um todo.” (E7, 4º)

“[...] implica um “olhar” multidimensional sobre a pessoa. Neste caso sobre o doente. A visão estritamente mecanicista postulada por Descartes, é um paradigma comprovadamente limitado e que não permite ir de encontro às necessidades do doente. Esta é o resultado das suas diferentes facetas e na anamnese devem estar

presentes de forma a nos permitir desvendar a verdadeira “causa” do seu distúrbio orgânico [...] para além de sinais e sintomas. Devem ser incluídos o contexto social e o perfil/estado psicológico do doente.” (E3, 4º)

Uma perspectiva, para se abordar o âmbito psicossocial na anamnese, preconiza que a investigação pode iniciar-se pela qualidade do sono, incluindo os sonhos, o que possibilita perceber o conteúdo latente e o manifesto, a ansiedade mobilizada e isso facilita a narrativa livre. Ao esclarecer a necessidade de conhecê-lo como pessoa, minimiza obstáculos, favorece a escuta ativa, a anamnese focal, a anamnese psicossocial, centrada no paciente. Também como sugestão, vale a iniciativa de o entrevistador observar como está seu próprio humor antes do início da entrevista e durante. Deve avaliar também sua atenção e disposição para criar uma cordial relação com tom de voz adequado e olhar direcionado. O primeiro minuto é significativo, acolhe e destaca o foco do contato. O registro das informações deve ser dosado e, de preferência, em momentos reduzidos^(1,4).

A valorização do universo contextual, construída a partir da identificação dos significados do adoecer e suas repercussões sociais, econômicas e culturais, pode contribuir para a compreensão das narrativas dos pacientes, visto que o diálogo facilita a interpretação do raciocínio clínico. Assim sendo, esses caminhos oportunizam abordagens que levam à escolha de estratégias de parceria consciente para negociar as ações do cuidado, com foco na singularização. O exercício dialógico rompe com o pensamento biomédico e favorece a compreensão dos signos expressos em um encontro clínico^(4,25).

A importância da comunicação foi apontada pelos estudantes do segundo e do quarto anos, quando referiram que essa abordagem BPS, contida na anamnese, promove **comunicação e interação com a equipe**:

“[...] são contidas as características intrínsecas do paciente como limitações comunicacionais (surdez), culturais e éticas procurando compreender o “ponto de vista do paciente” a sua capacidade de entendimento, a sua motivação e expectativa, no que diz respeito à sua interação com o meio no geral e com a equipa de saúde em particular.” (E12, 4º)

“Nem sempre o motivo expresso pelo doente é o verdadeiro motivo da vinda do doente ao consultório médico. Apenas uma abordagem biopsicossocial poderá, por vezes, desconstruir a barreira que se ergue entre o clínico e o doente. Nessa altura a comunicação será muito mais eficaz de forma a providenciar o melhor cuidado de saúde.” (E1, 4º)

“[...] uma boa anamnese deve conter, para além de aspectos biológicos (os mais engajados normalmente), questões abertas, e depois mais... ao problema atual,

sobre o ambiente psicológico e social onde se insere o indivíduo. É o conjunto de dados bio/psico/sociais que permitirão ao médico uma visão daquilo que mais precisa e completa.” (E2, 2º)

O reconhecimento do outro com suas particularidades e o movimento de aceitação e da solidariedade ofertam possibilidades para a empatia e facilitam a relação. A complexidade afetiva compreende tanto a linguagem verbal como a não verbal. Assim, se fazerem perguntas abertas e significativas, abre-se espaço para o outro, sem desvios e influências intencionais^(4,26). O desafio ao entrevistador permeia sua competência para reconhecer de que forma reage, o que sente ao entrevistar e o estar preparado para interagir às adversidades. Caso o contato não evolua de forma satisfatória, é preciso valer-se das suas próprias percepções e procurar decifrar o que é dele e da pessoa com equilíbrio. A modalidade de entrevista semiológica tem uma intencionalidade: identificar os sinais e os sintomas que objetivaram o atendimento. É interessante que se exerça a escuta, ao utilizar comportamentos verbais e não verbais que facilitem a relação interpessoal e, ainda, ser capaz de integrar o somático ao psicossocial^(4,27).

Em ambos os anos de graduação, os estudantes apontaram que a abordagem biopsicossocial da anamnese contribui com o **exercício da cidadania**:

“É o estudo do paciente enquanto entidade biológica, integrando-o no ambiente físico que o rodeia, juntamente com o seu papel na sociedade, enquanto elemento activo, participativo e familiar.” (E6, 2º)

“Abordagem biopsicossocial consiste na preocupação em compreender o indivíduo na sua componente biológica, mas, também enquanto indivíduo com uma psicologia pessoal (personalidade, desejos e receios próprios) e um papel social também único. Todos esses aspectos exercem uma repercussão no indivíduo como um todo, tendo impacto na sua saúde física e mental. Devem assim ser explorados na anamnese.” (E14, 4º)

A cidadania é relevância para o cotidiano da sociedade e o cuidado à saúde deve ser capaz de favorecer sua construção e exercício, pois o próprio direito à saúde integra o direito social da cidadania, articulado com a ética, por tratar de direitos dos cidadãos no espaço da saúde⁽²⁸⁾. Os direitos humanos e a cidadania precisam ser respeitados por meio do diálogo, nas práticas terapêuticas, e de reflexões críticas, na formação dos profissionais de saúde⁽²⁹⁾.

Em relação ao cuidado, a competência cultural amplia o entendimento da política de saúde. Ao considerar saberes e práticas da antropologia, busca a percepção de que existem significados diferentes entre pessoas e grupos humanos e possibilita a compreensão, na visão de Geertz, de que a

cultura é considerada uma rede de significados tecida num *continuum* em movimento ao longo das nossas vidas, sendo necessário problematizar seus impactos⁽³⁰⁾.

Os dados, obtidos a partir das respostas à segunda pergunta sobre como a abordagem biopsicossocial, presente na anamnese, permite que seja atingida a prestação integral de cuidados, resultaram em cinco categorias temáticas.

Os estudantes indicam que esse tipo de anamnese levanta reflexões sobre **especialização da medicina, risco de medicalização e erro médico**:

“A aplicação da abordagem biopsicossocial na prática clínica é impedida pela especificação de conhecimentos que alguns cuidados pedem. Contudo estes cuidados ultra-especializados devem sempre ter como base, um olhar inicial e contínuo no processo de uma abordagem mais holística que possa fazer a ponte entre os vários cuidados.” (E13, 2º)

O modelo biomédico, apesar de ter contribuído para o progresso da ciência médica, com foco no doente, deixa lacunas relacionadas ao processo de adoecimento e, ao cindir o raciocínio entre corpo e mente, fragmentou e consolidou a prática médica especializada. Desta forma, esse modelo se contrapõe ao método clínico, o qual reconhece como foco a pessoa, integra os componentes objetivos e subjetivos, considera a subjetividade do paciente e soma sua representação aos aspectos biológicos⁽⁴⁾.

A investigação sobre o adoecer leva em conta o sentimento de estar doente, a percepção sobre algo disfuncional, as repercussões na vida e as reações esperadas a partir das prováveis soluções, no método clínico centrado na pessoa. É relevante a compreensão de que essa forma de cuidado valoriza o entendimento global da pessoa, os objetivos comuns e a condução do problema. Também privilegia medidas de prevenção e promoção de saúde, a relação médico-paciente e a adequação realista de avaliação de custos e tempo^(4,31,32).

Quanto ao risco de **medicalização e erro médico**, os estudantes do segundo e quarto anos, apontaram:

“É fundamental, pois o psicológico e o social podem influenciar fortemente o físico. Desta forma deve-se procurar compreender todas essas dimensões para chegar à causa do problema. Tratar apenas a parte física pode levar a um excesso de medicação desnecessária e a erros de diagnóstico.” (E10, 2º)

“Com a abordagem biopsicossocial a anamnese tem maior probabilidade de ser completa e detalhada, o que contribui de modo significativo para o diagnóstico diferencial. Minimizando o erro médico e, conseqüentemente, reduzindo a morbidade e mortalidade.” (E15, 4º)

O termo medicalização pode ser entendido tanto para desconsiderar aspectos provenientes de relações sociais que geram situações de agravos à saúde, como uma prática de cuidado das pessoas, tornando-as dependentes e em que o médico assume o cuidado^(4,33).

Quanto a erro médico, também denominado erro clínico, terminologia ainda pouco difundida na literatura, pode ser acarretado por um evento, fato adverso, realizado por qualquer outro profissional da área da saúde. O fundamental é que o profissional esteja atento para evitá-lo e, principalmente, para preveni-lo^(4,27).

Assim como o método científico, a anamnese permite descobertas das condições de saúde para o levantamento de hipóteses diagnósticas. Pressupõe, na realização desta competência clínica, que o médico tenha conhecimentos e habilidades para a aquisição e interpretação de significados dos dados coletados, elabore o raciocínio clínico, o diagnóstico e outros diagnósticos diferenciais. Para isso, é essencial resolver o problema de saúde identificado e olhar o ser humano em toda sua complexidade⁽⁴⁾.

O profissional que valoriza o vínculo precisa desenvolver atributos, como empatia, comunicação e resiliência, que contribuem para conduta terapêutica^(4,8).

Os discentes demonstraram a importância dessa forma de cuidar da saúde por meio da seguinte categoria que incentiva a **adesão ao plano terapêutico**:

“A sua presença na anamnese permite ao prestador de cuidados de saúde ter uma visão completa do indivíduo, permitindo chegar ao diagnóstico correcto, adequar a explicação do processo ao doente, atingindo um pleno conhecimento e melhorando conseqüentemente a adesão à terapêutica. Este ponto é também fundamental para o estabelecimento de uma relação médico- doente mais forte.” (E2, 4º)

A literatura apresenta um modelo de cuidado que inclui a decisão médica partilhada, na qual o médico centra na relação, partilha seus conhecimentos de forma colaborativa por meio do diálogo e corresponsabiliza a autonomia. Na compreensão da autonomia devem ser consideradas a autonomia do médico, que explica e colabora com o doente da maneira mais adequada à realidade, e a autonomia do doente, que deve identificar suas potencialidades e limitações⁽³²⁾.

Ainda no que se refere à relação médico-paciente, estudos descrevem a importância do modelo relacional deliberativo, no qual o médico interage com a pessoa, para que ela tenha clareza e entendimento ao fazer suas escolhas em relação às suas prioridades clínicas e, assim, colabora com a implementação da intervenção escolhida pelo doente. O papel do médico é de orientação com postura aberta à relação dialógica e encorajamento esclarecedor^(4,32).

A categoria que questiona o **gerenciamento de recursos** foi demonstrada pelos estudantes do segundo ano:

“Para além da chegada ao diagnóstico com menor gasto de recursos e de previsão de adesão terapêutica, a abordagem biopsicossocial é também essencial para que haja uma relação médico-doente adequada e um grau de satisfação elevado por parte do doente, o que também pode facilitar a adesão terapêutica.” (E7, 2º)

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 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 e 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⁽³⁴⁾.

A partir da descrição de cuidados centrados nas pessoas, é possível demonstrar vantagens dos impactos sobre esses, que podem influenciar nas taxas de abandono e aumento ou redução de bem estar⁽³⁵⁾.

Existem instrumentos que orientam e avaliam a rede social. Saber como se dá a localização da pessoa por certos 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 socorrer você em caso de dificuldades financeiras, ou em relação a questões afetivas com apoio emocional, se você faz parte de algum grupo que se encontra para algum tipo de atividade e até sobre desafios, 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⁽³⁶⁾.

A categoria que assegura o **diálogo e assertividade** destaca aproximação com as vivências diárias, como indicam os estudantes do quarto ano:

“A abordagem biopsicossocial permite um profundo e adequado conhecimento do indivíduo, permitindo uma melhor e mais exacta identificação dos problemas do paciente de forma a abordá-los de forma correcta e eficaz. Apenas com uma boa comunicação é possível a prestação integral de cuidados, pois esta permite avaliar as necessidades do indivíduo e qual a forma mais adequada para a resolução dos seus problemas.” (E14, 4º)

A expansão do diálogo, no sentido de possibilitar busca de significados comuns para o adoecer e partilhar de um imaginário, proporciona a valorização da vivência cotidiana com continência para o sofrimento e transforma a comunicação em um encontro clínico⁽²⁵⁾.

Também se pode relacionar o exercício da interdisciplinaridade aliado à prática em equipe, com predomínio de negociações dialógicas e reflexivas, pois a forma como se relacionam maximiza relações terapêuticas ao partilharem 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⁽³⁴⁾.

A Conferência Internacional de Ensino de Comunicação em Medicina, realizada em Oxford, em 1996⁽³⁷⁾, aponta oito itens básicos necessários para a formação e o desenvolvimento do profissional médico: “(1) ensino e avaliação deverão se basear numa visão ampla de medicina; (2) o ensino de comunicação e de clínica deverá ser consistente e complementar; (3) o ensino deverá orientar e ajudar o estudante no esforço de comunicação centrada no paciente; (4) o ensino e a avaliação da comunicação deverão proporcionar o desenvolvimento pessoal e profissional; (5) deve apresentar uma estrutura planejada e coerente para o ensino de habilidades em comunicação; (6) as habilidades estudadas pelos estudantes devem ser avaliadas diretamente na prática; (7) os programas de ensino e avaliação de comunicação devem ser reavaliados constantemente; e (8) o desenvolvimento da matéria deverá ser sustentado por pesquisas adequadas”^(37,38).

A categoria que privilegia os **hábitos de vida** esclarece a direção da qualidade de vida e suas vicissitudes:

“Num grande número de casos que surgem no sistema de saúde, a causa por detrás das queixas dos doentes encontra-se no seu ambiente e nos próprios hábitos. Um dos exemplos mais paradigmáticos são as queixas derivadas do tabagismo. É necessário descobrir a causa, neste caso o tabaco, e já, mais além, descobrimos o porquê deste hábito, de forma a agir de forma integral.” (E 4, 4^o).

A população, ainda que de modo incipiente, vem relacionando a importância dos comportamentos saudáveis para a melhoria da qualidade de vida e saúde⁽³⁹⁾. A importância de um estilo de vida saudável tem sido apontada no controle de doenças crônicas como o Diabetes. Nesse contexto, é dever do profissional orientar sobre os riscos da doença e a adequação do estilo de vida é fundamental⁽⁴⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os objetivos desta pesquisa, foi possível investigar a compreensão do estudante de medicina sobre a abordagem biopsicossocial contida na anamnese e descrever como ela leva à prestação integral de cuidados. Observa-

se que, para os estudantes em formação, o discurso sobre a anamnese e o cuidado integral em saúde não sinalizou entendimentos separados, com citações específicas sobre o Programa Medicina Geral de Família (MGF), nem por níveis de atenção. Entretanto, houve predomínio dos relatos em que se percebe a compreensão conceitual do método de entrevista com abordagem centrada no paciente, frente à anamnese com abordagem psicossocial, o que evidenciou maior aproximação com esse modelo.

Mesmo enfatizando a importância do método clínico centrado na pessoa, os participantes da pesquisa apontaram as diferenças entre o modelo biológico e o BPS, o que demonstra a percepção deles sobre a evolução do modelo biológico no sentido histórico.

Os estudantes demonstraram domínio cognitivo e as análises sinalizaram maior predomínio do conhecimento do processo saúde-doença e da prestação integral de cuidados.

As observações, pautadas na importância da relação médico-paciente e na comunicação, tiveram destaque e evidenciaram conexão com o comportamento humano na contemporaneidade, com os vazios de espaços para significação, os quais refletem a maneira atual de viver.

Ressaltaram, ainda, a alteridade e revelaram práticas projetivas para encontros com a identidade e seu reconhecimento enquanto guardião das fortalezas e fragilidades do ser. Nesse sentido, a prática da entrevista com abordagem centrada no paciente transcende a anamnese com abordagem biopsicossocial ao focar responsabilidade partilhada, atenção para economia de recursos e processos, sustentabilidade, preocupação em afastar riscos e participação social.

Os dados possibilitam também vislumbrar uma atuação comprometida com a promoção, a prevenção, a educação em saúde e compreensão das expectativas e ideias do paciente. Além disso, o procedimento em questão contribui para a melhoria da qualidade do cuidado, valida os resultados das habilidades de comunicação e da escuta qualificada evidenciadas na formação médica.

Essa prática de anamnese valoriza a escuta ativa, oportuniza atenção; engajamento dos pacientes ao bem-estar e promove o alcance de melhorias a partir do acesso às necessidades eleitas pelos pacientes. Para se conseguir tal efeito, é imprescindível a comunicação entre os profissionais, a clareza de papéis, a presença de valores éticos para ampliar os cuidados de forma holística, empreendimento com melhores cuidados e menores custos.

As preferências de cuidado seguem as opções mais adequadas quando se identificam grupos de risco, ofertam-se possibilidades para o desenvolvimento de ações sustentáveis e quando o trabalho em equipe e a construção de vínculos são valorizados desde o primeiro atendimento.

REFERÊNCIAS

1. Borrell Carrió F. Avaliar nosso perfil de entrevistadores. In: Borrell Carrió F. Entrevista clínica habilidades de comunicação para os profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 37-56.
2. Soares MOM. Reflexões contemporâneas sobre anamnese na visão do estudante de medicina [dissertação]. Marília: Faculdade de Medicina de Marília; 2013.
3. Soares MOM, Higa EFR, Passos AHR, Ikuno MRM, Bonifácio LA, Mestieri CP, et al. Reflexões contemporâneas sobre anamnese na visão do estudante de medicina. Rev Bras Educ Méd. 2014;38(3):314-22.
4. Soares MOM, Higa EFR, Gomes LF, Marvão JPQ, Gomes AIF, Gonçalves AHC. Caminhos da anamnese para o cuidado integral: visão dos estudantes portugueses [Internet]. In: Atas 5º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa - CIAIQ; 2016 Jul 12-4; Porto: Ludomedia; 2016 [acesso em 2016 Out 18] Disponível em: <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/787/774>
5. Gonçalves EN, Borba S. Elementos para o debate curricular contemporâneo: Richard Rorty e a contribuição do Neopragmatismo. Currículo sem Fronteiras [periódico na Internet]. 2009 [acesso em 2016 Out 18];9(2):11-31. Disponível em: <http://www.curriculosemfronteiras.org/vol9iss2articles/goncalves-borba.pdf>
6. Stamm AMNF. Raciocínio clínico no diagnóstico médico [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2007.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13ª ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
8. Lebrun JP. A perversão comum: viver juntos sem outro. Rio de Janeiro: Companhia de Freud; 2010.
9. Bauman Z. Vida líquida. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2005.
10. Lipovetsky G. O império do efêmero: a moda e seu destino nas sociedades contemporâneas. São Paulo: Companhia das Letras; 2010.
11. Freire JF. Ser feliz hoje: reflexões sobre o imperativo da felicidade. Rio de Janeiro: FGV; 2010.
12. Bauman Z. Medo Líquido. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2006.
13. Morin E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. 8ª ed. São Paulo: Cortez; 2003.
14. Morin E. O método 5: a humanidade da humanidade. 3ª ed. Porto Alegre: Sulina; 2005.
15. Medeiros JGM. Formação humanística em medicina. In: Brasil MAA, Campos EP, Amaral GF, Medeiros JGM. Psicologia médica: a dimensão psicossocial da prática médica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012. p. 8-11.
16. Winnicott C. Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1994.
17. Holloway I, Wheeler S. Qualitative research in nursing and healthcare. 3ª ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010.
18. Ponte J. O curso de medicina da Universidade do Algarve [Internet]. Faro: Universidade do Algarve; 2009. [acesso 2015 Jan 10]. Disponível em: http://www.medicina.ualg.pt/site/index.php?module=Downloads&func=prep_hand_out&lid=5
19. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2012.
20. Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, organizadora, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 32ª ed. Petrópolis: Vozes; 2012. p. 79-109.
21. Ministério da Saúde (BR). Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes de normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União; 2013.
22. 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.
23. Nogueira AB, Oliveira CFA, Rego SRM. Fontes teóricas da psicologia médica. In: Brasil MAA, Campos EP, Amaral GF, Medeiros JGM. Psicologia médica: a dimensão psicossocial da prática médica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012. p. 13-8.
24. Lucchetti G, Granero AL, Bassi RM, Latorraca R, Nacif SAP. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? Rev Soc Bras Clin Méd. 2010;8(2):154-8.
25. Favoreto CAO. A narrativa na e sobre a clínica na atenção primária: uma reflexão sobre o modo de pensar e agir dirigido pelo diálogo à integralidade e ao cuidado em saúde [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.
26. De Marco MA. A entrevista médica e história clínica. In: Brasil MAA, Campos EP, Amaral GF, Medeiros JGM. Psicologia médica: a dimensão psicossocial da

- prática médica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012. p. 57-64.
27. Chehuen Neto JA, Sirimarco MT, Figueiredo NSV, Barbosa TN, Silveira TG. Erro médico: a perspectiva de estudantes de medicina e direito. *Rev Bras Educ Méd.* 2011;35(1):5-12.
 28. Araújo FP, Sauthier M, Ferreira MA. Representações sociais dos usuários hospitalizados sobre cidadania: implicações para o cuidado hospitalar. *Rev Bras Enferm.* 2016;69(4):625-32.
 29. Camargo Júnior KR. Saúde mental, cidadania e o campo científico. *Physis (Rio J).* 2015;25(4):1057-8.
 30. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1978.
 31. 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.
 32. Lourenço A. Do injustificável ao ajustado: notas sobre terapêuticas e exames complementares de diagnóstico a pedido dos doentes. *Rev Port Med Geral Fam [periódico na Internet].* 2008 [acesso em 2016 Dez 13];24(1):75-84. Disponível em: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10464>
 33. Camargo Júnior KR. Das necessidades de saúde à demanda socialmente constituída. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos.* Rio de Janeiro: Abrasco; 2005. p. 91-101.
 34. Cardoso GCP, Garcia R. Adesão ao tratamento no contexto das doenças crônicas. In: Brasil MAA, Campos EP, Amaral GF, Medeiros JGM. *Psicologia médica: a dimensão psicossocial da prática médica.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012. p. 152-8.
 35. Cloninger CR. Person centred integrative care. *J Evaluation Clin Pract.* 2011;17(2):371-2.
 36. Chazan LF, Chazan ACS, Barbosa VL. As redes sociais e a sua importância no processo saúde doença. In: Brasil MAA, Campos EP, Amaral GF, Medeiros J, G. M. *Psicologia médica: a dimensão psicossocial da prática médica.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012. p. 202-10.
 37. Rossi PS, Batista NA. O ensino da comunicação na graduação em medicina: uma abordagem. *Interface (Botucatu).* 2006;10(19):93-102.
 38. Makoul G, Schofield T. Communication teaching and assessment in medical education: an international consensus statement. *Netherlands Institute of Primary Health Care. Patient Educ Couns.* 1999;37(2):191-5.
 39. Szwarcwald CL, Damascena GN, Souza Júnior PRB, Almeida WS, Lima LTM, Malta DC, et al. Determinantes da autoavaliação de saúde no Brasil e a influência dos comportamentos saudáveis: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol.* 2015;18(Supl 2):33-44.
 40. Sales-Peres SHC, Guedes MFS, Sá LM, Negrato CA, Lauris JRP. Estilo de vida em pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 1: uma revisão sistemática. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2016;21(4):1197-2.

Endereço para correspondência:

Márcia Oliveira Mayo Soares
Monte Carmelo, 800
CEP: 17.519-030 - Marília - SP - Brasil
E-mail: mmayosoares@gmail.com