

A clínica ampliada e a formação médica: conhecimento de estudantes de um curso de Medicina do Nordeste brasileiro

Expanded clinic and medical training: students' knowledge of a Brazilian Northeast medicine course

La clínica ampliada y la formación médica: el conocimiento de los estudiantes de un curso de medicina del nordeste brasileño

Maria das Graças Monte Melo Taveira¹ , Divanise Suruagy Correia¹ , Maria Stella Jakeline Alves Farias² , Jorge Artur Peçanha de Miranda Coelho² , Carlos Dornels Freire de Souza³ 

¹Universidade Federal de Alagoas, Faculdade de Medicina – Maceió (AL), Brasil.

²Universidade Federal de Alagoas – Maceió (AL), Brasil.

³Universidade Federal de Alagoas, Complexo de Ciências Médicas e Enfermagem – Arapiraca (AL), Brasil.

RESUMO

Introdução: A Clínica Ampliada busca a integração e a construção de vínculos entre profissionais e usuários do sistema de saúde, expandindo os recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença. **Objetivo:** Este estudo objetivou analisar o conhecimento sobre Clínica Ampliada entre estudantes do internato de um curso de Medicina no Nordeste brasileiro. **Métodos:** Trata-se de um estudo qualitativo realizado em 2017, que envolveu 25 acadêmicos de Medicina da Universidade Federal de Alagoas. Os dados foram coletados por meio de um questionário sobre o tema estudado e analisados pelo programa *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ). **Resultados:** Foram observadas cinco classes de conhecimento sobre Clínica Ampliada: “aplicação”, “conhecimento”, “espaço de uso no internato”, “vivência” e “desafios da formação”. Os estudantes conhecem-na, e a formação médica por eles vivenciada apoia-se na perspectiva do cuidado ampliado, principalmente na atenção básica. Nos demais níveis de atenção ela é pouco trabalhada. **Conclusões:** Conclui-se que, embora avanços sejam notados no percurso formativo do curso em questão, ainda persiste a necessidade de melhor articulação no que se refere à aplicação da Clínica Ampliada em todos os níveis de atenção.

Palavras-chaves: Estratégia saúde da família; Estudantes; Internato e residência; Medicina.

Como citar: Taveira MGMM, Correia DS, Farias MSJA, Coelho JAPM, Souza CDF. A clínica ampliada e a formação médica: conhecimento de estudantes de um curso de Medicina do Nordeste brasileiro. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2022;17(44):2840. [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)2840](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)2840).

Autor correspondente:

Carlos Dornels Freire de Souza

E-mail: carlos.freire@arapiraca.ufal.br

Fonte de financiamento:

não se aplica

Parecer CEP:

CAAE 58952116.0.0000.5013

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 17/12/2020.

Aprovado em: 19/10/2021.



ABSTRACT

Introduction: The Amplified Clinic (CA) seeks to integrate and build bonds between professionals and users of the health system, expanding the intervention resources on the health-disease process. **Objective:** This study aimed to analyze the knowledge about AC among students of a medical school boarding school in northeastern Brazil. **Methods:** This is a qualitative study conducted in 2017, involving 25 medical students from the Federal University of Alagoas. The data were collected through a questionnaire on Amplified Clinic and analyzed by the IRAMUTEQ program. **Results:** Five classes were observed: "Application of AC", "Knowledge about AC", "Space for using AC at boarding school", "Experience in AC" and "Training challenges for AC". The students know the AC and that the medical training they experience is based on the perspective of expanded care, especially in primary care. At the other levels of care, CA is little worked on. **Conclusions:** It is concluded that, although advances are noticed in the formative course of the course in question, there is still a need for a better articulation regarding the CA application in all levels of care. **Keywords:** Family health strategy; Students; Internship and residency; Medicine.

RESUMEN

Introducción: La Clínica Ampliada busca integrar y construir vínculos entre profesionales y usuarios del sistema de salud, ampliando los recursos de intervención sobre el proceso salud-enfermedad. **Objetivo:** Este estudio tuvo como objetivo analizar el conocimiento sobre Clínica Ampliada entre estudiantes de un curso de Medicina en el Nordeste brasileño. **Métodos:** Este es un estudio cualitativo realizado en 2017, que contó con la participación de 25 estudiantes de medicina de la Universidad Federal de Alagoas. Los datos fueron recolectados a través de un cuestionario sobre el tema estudiado y analizado por el programa Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRAMUTEQ). **Resultados:** Se observaron cinco clases de conocimiento sobre Clínica Extendida: "Aplicación", "Conocimiento", "Espacio de uso en el internado", "Experiencia" y "Desafíos formativos". Los estudiantes conocen la clínica ampliada y la formación médica que experimentan se sustenta en la perspectiva de la atención ampliada, especialmente en la atención primaria. En los demás niveles de atención se trabaja poco con este concepto. **Conclusiones:** Se concluye que, aunque se notan avances durante la formación médica, aún falta una mejor articulación en cuanto a la aplicación de la Clínica Ampliada en todos los niveles de atención.

Palabras claves: Estrategia de salud familiar; Estudiantes; Internado y residencia; Medicina.

INTRODUÇÃO

Um dos aspectos mais desafiadores do *fazer cuidado* na saúde diz respeito à problemática da força de trabalho. Isso se deve ao fato de que a clínica médica tradicional tem uma tendência a se responsabilizar somente pela enfermidade e não pelo sujeito doente.^{1,2} Desse modo, centrar o trabalho na enfermidade ainda figura como o principal impedimento à consolidação da saúde como direito social que deve ser garantido com excelência clínica.²

O processo de superação desse dilema, que deve assumir um caráter pragmático, inicia com a Clínica Ampliada (CA). A CA, portanto, gerou uma ruptura com o paradigma biomédico, isto é, centrado nos processos fisiopatológicos, deslocando-se para uma nova concepção na qual o processo saúde-doença é muito mais um produto social do que um fenômeno biológico.¹⁻³ Ao considerar o sujeito em suas múltiplas interações (biológicas, sociais, culturais, econômicas, históricas e políticas), a CA permite melhor compreensão do processo de adoecimento, tanto no âmbito individual quanto no coletivo.^{4,5} Em simples analogia, a CA apresenta-se como uma *lente* que expande e permite compreender a tessitura e a polissemia do processo saúde-doença. Nesse sentido, ampliar a clínica é perceber o sujeito em seus múltiplos contextos.

No âmbito do processo de trabalho, a CA faz com que os profissionais reconheçam a existência de limites em suas profissões, principalmente no que se refere aos conhecimentos e tecnologias empregados. Esse reconhecimento é uma força motriz que promove um deslocamento do profissional em busca de conhecimentos em outros setores, o que resulta em produção de novos saberes e estratégias de trabalho.¹ Assim, a CA é um mecanismo indutor de transformações de processos e práticas que resultam no desenvolvimento de novas habilidades, atitudes e comportamentos mediante o processo de adoecimento.

No âmbito brasileiro, a CA tem ocupado lugar de destaque nas inúmeras políticas nacionais, com destaque para a Política Nacional de Humanização (PNH), a Política Nacional de Atenção Básica e a Política Nacional de Saúde Mental. O que todas elas têm em comum é o reconhecimento do processo de adoecimento como singular e a necessidade de enfrentamento da fragmentação do conhecimento no processo de cuidar em saúde.^{3,5,6}

Nesse sentido, são necessárias mudanças no que diz respeito à formação dos profissionais de saúde, aqui destacando-se a formação médica. O ensino médico brasileiro, embora tenha experimentado um importante processo de transformação de suas práticas, ainda está estruturado em um modelo biomédico para explicar o processo saúde-doença,³⁻⁵ que reduz o doente a um recorte nosológico. Nesse sentido, o desafio assenta-se na necessidade de um novo modelo formativo, sustentado em um processo de natureza crítico-reflexiva e com enfoque na CA, sobretudo com o emprego de metodologias ativas de ensino.^{1,2,5} Ademais, são escassas as publicações científicas que abordam a temática.

Buscando esse novo enfoque, no ano de 2007, o curso de Medicina da Universidade Federal de Alagoas reformulou o seu currículo considerando as Diretrizes Curriculares para o ensino médico (DCN) e o contexto do sistema de saúde brasileiro, com a ampliação do internato para dois anos e a oferta de dois cenários de prática na Atenção Básica (AB), inserindo os estudantes nas unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) da capital e de cidades do interior do estado.^{4,7} Nesse contexto, foi incluída na grade curricular a discussão sobre CA em todos os níveis e períodos do curso.

Nessa nova estrutura curricular, os acadêmicos do 12º período do curso frequentam um estágio em cidades do interior do estado, denominado Internato Estágio Rural (ER). Nele, os internos participam e vivenciam, por dois meses, atividades em equipe da ESF; são acompanhados por um médico docente, supervisor da instituição, e um médico do serviço, que atua na condição de preceptor.⁵

Considerando o contexto apresentado, este estudo objetivou analisar o conhecimento sobre CA entre estudantes do internato de Medicina da Universidade Federal de Alagoas, visando contribuir para o debate acerca de estratégias que possam trazer melhorias ao ensino médico.

MÉTODOS

Desenho de estudo, local e período

Trata-se de um estudo exploratório, transversal e qualitativo realizado na Universidade Federal de Alagoas, no período de junho a novembro de 2017.

População do estudo

A população do estudo foi composta de 25 acadêmicos matriculados no 12º período do curso do curso de Medicina da Universidade Federal de Alagoas que estavam no Estágio Rural no ano de 2017. Todos os estudantes foram convidados, não havendo recusa de nenhum deles em participar da pesquisa.

Procedimentos de coleta de dados

A pesquisa deu-se em três etapas e ocorreu ao final do Estágio Rural. Na primeira, os estudantes foram abordados e convidados a participar do estudo. A concordância foi registrada por meio da

assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Na segunda etapa, foi realizada a coleta dos dados com o emprego de um questionário com quatro questões abertas sobre o tema “CA no Internato”:

1. O que você sabe sobre CA?
2. Em sua opinião, em que espaços do internato as atividades da CA podem ser inseridas?
3. Qual a sua vivência como discente da CA durante o internato?
4. Que desafios você destaca na formação baseada na CA?

O questionário foi submetido a avaliação anterior (pré-teste), com a finalidade de garantir a qualidade das respostas às questões.

As questões propostas foram apresentadas aos estudantes em sessão única, em local previamente definido para a coleta de dados. Os questionários foram autopreenchidos pelos estudantes na presença do pesquisador. Por fim, na terceira etapa, os resultados foram transcritos para meio digital para subsequente tratamento estatístico.

Tratamento dos dados

Os dados foram transcritos em formato adequado para análise no *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ), seguindo os padrões de configuração para a análise textual dos dados. O *software* apoia-se em cálculos efetuados sobre a coocorrência de palavras em segmentos de texto, buscando reuni-las em classes de acordo com sua semelhança e dessemelhança. As classes geradas representam o ambiente de sentido das palavras ou elementos referentes ao objeto estudado.^{8,9}

Para melhor entendimento dos resultados, esclarece-se que o *corpus* corresponde ao banco de dados de texto analisado, e a unidade de contexto inicial (UCI) compreende a divisão natural do *corpus*, ou seja, é a unidade com base na qual o programa efetua a fragmentação inicial do *corpus*. O segmento de texto (ST) ou unidade de contexto elementar (UCE) corresponde ao menor fragmento de texto com sentido, de maior peso semântico em função do tamanho do texto e da pontuação. Os segmentos de textos são os ambientes das palavras e são determinados automaticamente pelo *software*.

O reagrupamento de segmentos de texto (RST) ou unidade de contexto (UC) consiste na compilação desses segmentos de um mesmo texto até que o número de diferentes segmentos dos conteúdos analisados seja maior que o limite λ , que é o índice de associação para avaliar a relação entre variáveis categóricas ou nominais.¹⁰ O valor semântico das palavras foi avaliado de acordo com o χ^2 ($\geq 3,84$). Quanto maior o seu valor, maior é o peso semântico das palavras em relação à classe à qual pertence; dessa forma foram atribuídos nomes que funcionam como seus descritores.

O IRAMUTEQ realiza ainda análises quantitativas de dados textuais por meio do método de classificação hierárquica descendente (CHD), baseado no algoritmo proposto para o *software* Alceste por Reiner,¹¹ e análise léxica, fornecendo contextos e classes de discurso caracterizados por seus vocabulários.⁸⁻¹¹ A CHD corresponde a um tipo de análise de agrupamento, uma técnica multivariada com a finalidade de agregar palavras e segmentos de texto com base em suas características. Essa análise visa obter classes de ST que apresentam vocabulário semelhante entre si e vocabulário diferente dos

segmentos das outras classes. Baseado nessas análises, o *software* organiza a análise dos dados em um dendograma que ilustra as relações entre as classes.^{8,10}

Utilizou-se também a análise de similitude, embasada na teoria dos *grafos* e que possibilita identificar a coocorrência entre as palavras, trazendo indicação da conexidade existente entre elas.^{8,9} O resultado dessa análise foi representado por um gráfico que retrata a ligação entre as palavras do corpo textual e, com base nela, é possível visualizar a estrutura de construção do texto estudado.⁸⁻¹¹ Por fim, procedeu-se a uma análise interpretativa dos resultados.

Aspectos éticos

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 8952116.0.0000.5013. Foram garantidos a confidencialidade e o anonimato da população pesquisada.

RESULTADOS

Observaram-se um *corpus* de 98 textos e o total de 105 segmentos de texto, sendo aproveitados 72,38% (n=76) do *corpus*. Foram elencadas cinco classes segundo a CHD:

Classe 1: Aplicação da CA;

Classe 2: Conhecimentos da CA;

Classe 3: Espaço de uso da CA no internato;

Classe 4: Vivência da CA;

Classe 5: Desafios da formação para a CA (Figura 1).

Classificação Hierárquica Descendente

Classe 5 (15,8%)		Classe 4 (19,7%)		Classe 3 (25,0%)		Classe 2 (25,0%)		Classe 1 (14,5%)	
Desafios da formação para a clínica ampliada		Vivências da CA		Espaços de uso da clínica ampliada no internato		Conhecimentos da CA		Aplicações da CA	
x2	Palavras	x2	Palavras	x2	Palavras	x2	Palavras	x2	Palavras
46,54	não	17,9	estágio	20,85	sim	17,48	saúde	45,56	esperar
22,52	olhar	17,17	processo	11,17	esf	16,06	sistema	18,56	relação
22,52	apenas	13,01	doença	8,86	período	15,16	usuário	13,92	ao
12,68	ambiente	12,27	problema	8,63	acompanhar	14,42	clínica ampliada	7,72	paciente
		6,66	acreditar	5,63	existir	12,67	área	7,29	mais
		5,48	inserir			12,67	estratégia	6,87	caso
		4,71	saúde			11,92	objetivo	4,3	sempre
		4,34	físico			10,32	como		
		4,34	possível			9,37	comunidade		
		4,34	buscar			6,96	forma		
		4,34	ação			5,63	tratamento		

Figura 1. Categorias de análise segundo a classificação hierárquica descendente. Universidade Federal de Alagoas, 2019.

Foi verificada uma relação entre as Classes 1 e 2, que abordam o conhecimento e a aplicação da CA, e as Classes 3 e 4, que tratam dos espaços de uso da clínica no internato e de sua vivência. A Classe 5 retrata os espaços em que não é possível utilizar a CA e, embora seja a mais independente, ainda mantém correlação com as Classes 3 e 4. A Classe 1 contemplou 14,5% do *corpus*; a Classe 2 correspondeu a 25,0% do *corpus*; a Classe 3, a 25,0%; a Classe 4, a 19,7%; e a Classe 5, a 15,8% do *corpus* (Figura 1).

A Classe 1, caracterizada por palavras que remetem à aplicação da CA, foi o resultado da questão 3 (“Qual a sua vivência como discente da CA durante o internato?”), com $\chi^2=24,05$. Os segmentos textuais a seguir ilustram essa classe:

espero manter uma boa relação com os pacientes e, com os colegas de unidade, ampliar e pôr em prática todo o conhecimento assimilado ao longo desses cinco anos e poder ajudar ao máximo; sei que será um estágio muito produtivo, em que crescerei e aprenderei bastante como ser humano e como profissional.

espero conseguir vivenciar a clínica ampliada neste estágio e tentar junto ao serviço intervir a favor do paciente. [...] espero conhecê-la e desenvolver o máximo de atividades que proporcionam ao paciente ser ouvido de fato.

A Classe 2 remete ao conhecimento sobre CA, resultado do impacto da pergunta 1 (“O que você sabe sobre CA?”). Nessa classe, verificou-se a concentração de palavras com significância estatística ($\chi^2=25,47$) que remontam aos princípios da CA e a sua aplicação no Sistema Único de Saúde (SUS) e na ESF. Os textos abaixo retratam essa classe semântica:

a clínica ampliada é uma ferramenta usada para integrar ações e temáticas no universo da saúde, contemplando estratégias para o diálogo entre profissionais da saúde e usuários do sistema, sempre com o objetivo de estreitar os laços e facilitar o fluxo de informações e atitudes.

a clínica ampliada é uma nova estratégia de cuidado em saúde que traz como parte essencial da sua filosofia integração entre trabalhadores da saúde, usuário, família, comunidade; o paciente não é colocado somente de forma passiva mas como peça-chave para que o manejo da sua saúde seja eficaz.

A Classe 3 é caracterizada por palavras significativas que remetem aos espaços de uso da CA no internato, resultado da questão 2 (“Em sua opinião, em que espaços do internato as atividades da CA podem ser inseridas?”), com $\chi^2=7,86$. Os segmentos abaixo exemplificam essa categoria:

durante o estágio na ESF, no 10º período, tivemos a oportunidade de acompanhar o paciente desde a chegada na [Unidade de Saúde da Família] USF durante o acompanhamento e a investigação do mesmo após encaminhamento para serviço de urgência e no posterior acompanhamento.

pois o estágio do 11º período elenca, além do estágio na USF, os estágios de clínica médica e cirurgia, portanto existe a possibilidade de abranger o atendimento em vários níveis.

a inserção pode ser feita de forma gradual com o aluno acompanhando a rotina prática a cada período direcionando as atividades para o que é feito no dia a dia de cada especialidade.

A Classe 4 remete à vivência da CA pelos discentes, resultado da pergunta 3 (“Qual a sua vivência como discente da CA durante o internato?”), com $\chi^2=10,94$. Os segmentos apresentados abaixo são exemplos dessa classe:

a clínica ampliada pode ser inserida nos espaços de atividades do estágio rural, principalmente, pois permite a assistência às famílias e as enxerga além do âmbito físico, mas também psicossocial.

a proposta se aplica em qualquer cenário, acredito que através de ações que aproximem paciente e equipe de saúde, através de atividades teóricas, palestras e práticas a respeito de doenças, dúvidas em geral nos diversos estágios.

acredito que onde mais se aplica o conceito foi no estágio de clínica na atenção básica, no 10º período, onde se evidenciam ações diretas para a população que visam aproximar, instruir e, assim, prevenir problemas de saúde e proporcionam qualidade de vida.

Por fim, a Classe 5 foi produto da questão 4 (“Que desafios você destaca na formação baseada na CA?”), retratada nas falas abaixo:

pela compartimentalização do atendimento, por exemplo, a clínica cirúrgica, que observa o paciente apenas na doença antes e a cura após o vínculo, existe, mas é muito mais frágil, não permitindo um olhar sobre o todo do paciente.

acredito que a clínica ampliada não deve se restringir apenas à atenção básica, mesmo em ambiente hospitalar o manejo dos pacientes de forma individualizada e a integração da equipe em prol do bem comum é de extrema importância.

Na análise de similitude, o centro do diagrama foi formado pela palavra “paciente”, representando o destinatário da clínica ampliada. A “clínica ampliada”, por sua vez, relacionou-se, principalmente, com o termo “acreditar”. Uma segunda relação foi observada entre os termos “paciente” e “saúde”, expressando a importância da clínica para conectar o sistema de saúde aos destinatários finais do processo de trabalho. Por outro lado, palavras como “especialidade”, “cirúrgico” e “exames” situaram-se afastadas do núcleo central (Figura 2).

DISCUSSÃO

A metodologia qualitativa exige uma habilidade de análise que envolve vários aspectos, exigindo tanto criatividade quanto conhecimento profundo do que se estuda.^{5,7} Ao utilizar um programa como o IRAMUTEQ, as interpretações do pesquisador sobre o objeto estudado partem da categorização que é por ele realizada, mas não se limitam a ela.^{8,10}

As Classes 1 e 2 corresponderam à aplicação da CA e a seu conceito. Cunha¹ afirma que a CA é a alteração que ocorre na visão da atenção individual e coletiva a fim de que todos os aspectos do sujeito sejam compreendidos e trabalhados pelos profissionais. Embora segmentos de textos tais como “*manter uma boa relação com os pacientes e com os colegas de unidade de saúde*”, além do desejo de “*ampliar e pôr em prática todo o conhecimento assimilado*”, “*poder ajudar ao máximo*” e “*como ser humano e como profissional*” representem avanços, ainda estão distantes do que de fato significa a CA no âmbito do cuidado em saúde.

Para além das DCN, quando os estudantes desenvolvem suas práticas com base nos princípios da CA, atende-se ainda a uma das diretrizes propostas pela PNH, cujo cerne é a promoção da autonomia ao usuário do SUS, integrando a equipe de trabalhadores da saúde na busca de um cuidado conforme a individualidade de cada caso e aumentando o vínculo entre usuário e equipe.^{1,3,6} A humanização valoriza os envolvidos no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores), uma vez que tais ações são fundamentadas nos princípios da autonomia, protagonismo dos sujeitos, corresponsabilidade, vínculos, redes de cooperação e gestão coletiva.^{3,6}

É nesse âmbito que ganham destaque os espaços de uso no internato e as vivências dos estudantes (Classes 3 e 4). Saliencia-se que a CA pode ser desenvolvida em qualquer espaço de cuidado que busque intervenções inovadoras, já que mantém estreita relação com o processo das práticas de saúde entre várias áreas,^{13,14} desde a atenção primária à saúde (no âmbito do processo de trabalho na ESF),^{12,15,16} passando pela saúde mental (no âmbito nos Centros de Atenção Psicossocial)¹⁷ e alcançando o atendimento em unidades hospitalares.¹⁸ Neste estudo, essa assertiva foi verificada nas inúmeras falas dos estudantes, em expressões como “*existe a possibilidade de abranger o atendimento em vários níveis*”.

As mais recentes investigações sobre a formação médica mostram que um novo papel social vem sendo atribuído a esse profissional, que se traduz no sujeito promotor de mudanças no local onde está inserido, seja unidade básica de saúde, seja centro hospitalar,^{12,19} exigindo mudanças do próprio percurso formativo.¹⁹ Esse é um dos grandes desafios das escolas médicas na atualidade, uma vez que implica a passagem do campo das certezas e regularidades para o campo do inesperado, característico da vida cotidiana. Esse embate gera uma ruptura entre os saberes estruturados e não estruturados, obrigando o especialista a repensar suas práticas ao enfrentar qualquer situação.²⁰

Nesse contexto de mudanças, destaca-se a importância da ESF enquanto cenário mais característico da vida cotidiana.²¹⁻²⁴ Embora a inserção do aluno nesse campo ocorra logo no primeiro período da formação médica, é durante o internato que o estudante se torna parte da comunidade assistida. Nesta investigação, quando palavras relacionadas ao estágio conectam CA à ESF, sugere-se que o percurso formativo adotado pelo curso, caracterizado pela vinculação e imersão do estudante com os usuários e a comunidade, tem obtido êxito embora necessite de aprofundamentos na teoria do conhecimento.

Apesar de todos os avanços notados nos últimos anos, é necessário enfatizar que as mudanças curriculares ocorridas buscando a valorização da atenção primária ainda não foram capazes de conquistar os jovens médicos para uma fixação nesse componente da rede de saúde.²⁴ Atualmente, ainda se destaca a supervalorização da especialização e do trabalho nos níveis de atenção secundários e terciários, fruto de muitos anos de uma formação hospitalocêntrica.^{5,21-24} Mesmo diante das últimas estratégias usadas pelo governo brasileiro na busca de reverter esse quadro, as mudanças ainda são tímidas.²⁴ Acreditamos que uma formação centrada na atenção primária à saúde e sustentada nos conceitos e princípios da CA possa resultar numa ressignificação do processo de trabalho médico.

Ainda há muitos desafios a serem superados para uma sólida inserção da CA na formação médica. O primeiro deles refere-se ao descompasso da formação médica nos diferentes cenários de prática. Conforme foi verificado em expressões como “*a compartimentalização do atendimento*” e “*não permitindo um olhar sobre o todo do paciente*”, o processo de especialização ainda é muito persistente, o que demonstra um descompasso entre o exercício da medicina da atenção primária e nos demais níveis.^{5,24}

Se, por um lado, essa situação sugere a existência de fragilidades nos espaços de reflexão durante o internato, o que pode inibir a possibilidade de transformação da prática, por outro, o reconhecimento

dessas assimetrias no percurso formativo é o primeiro passo para a adoção de estratégias de mudanças sobre a própria estrutura curricular, que necessita ser continuamente repensada na perspectiva da CA.

O segundo desafio é derivado do primeiro. Uma vez reconhecendo-se a necessidade de se implementarem mudanças curriculares, como efetua-las em cenários de práticas que foram criados e funcionam na lógica da fragmentação do ser, tais como os demais níveis de atenção? O que inicialmente pode parecer uma questão difícil de ser respondida pode ter solução na própria reestruturação do currículo, com inclusão da temática em todos dos ciclos da formação. Salienta-se que este estudo abordou tão somente a atenção primária à saúde.

Mesmo com tantos desafios, importantes mecanismos de superação foram surgindo no intuito de fazer da CA o centro do processo de trabalho em saúde. Uma delas foi a PNH, que enfatiza, independentemente do nível de atenção, a valorização dos diferentes sujeitos implicados no cuidado (usuários, profissionais e família), o estímulo à autonomia desses indivíduos e a corresponsabilização pelas práticas de saúde.^{25,26} Nesse sentido, a PNH apostou na ampliação da clínica como ferramenta indispensável para reformar as práticas de saúde. Nela, o respeito à singularidade dos sujeitos, isto é, a natureza única de sua vida, deve ser o elemento com base no qual se busca a articulação para a promoção de um cuidado integral.^{3,12,14,16}

Nos hospitais, unidades as quais este estudo revelou distanciarem-se da CA, a inserção da PNH tem impactos positivos na reformulação da clínica, uma vez que é capaz de induzir uma reforma cultural e epistemológica do processo de trabalho,^{3,6} ainda muito centrado em protocolos clínicos e na doença. Ao longo dos anos, um conjunto de evidências científicas tem mostrado a importância do autocuidado, da corresponsabilização, da escuta qualificada, da equipe interdisciplinar e interprofissional e do respeito à subjetividade dos usuários no processo de recuperação da saúde.^{27,28} Por essa razão, acreditamos que essas evidências sejam amplamente debatidas durante a formação médica.

CONCLUSÕES

Os resultados mostram que os estudantes do curso de Medicina da Universidade Federal de Alagoas tendem a reconhecer o significado, a aplicação e o valor da CA no âmbito da atenção primária à saúde para o adequado exercício da prática médica. Embora seja um avanço, o contexto apresentado ainda é superficial, o que demonstra a necessidade de implementar mudanças na formação médica.

Além disso, é necessário não apenas seguir com as mudanças curriculares já em curso, mas também fomentar o desenvolvimento de novas estratégias de ensino que impliquem mudanças na *práxis* médica. Ações que oportunizem a construção de espaços de reflexão e colaboração mútua, no âmbito do curso e dos serviços, podem potencializar a formação de médicos capazes de atuar com base nos princípios da clínica ampliada.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

MGMMT: Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Software, Supervisão,

Validação, Visualização. DSC: Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Supervisão, Validação, Visualização. MSJAF: Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, JAPMC: Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação. CDFS: Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação.

REFERÊNCIAS

1. Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo: Hucitec; 2005.
2. Reinheimer AS, Nascimento DDG, Cunha GT, Machado JFP, Ishiyama LA, Oliveira MAC, et al. A clínica ampliada no contexto da atenção primária em saúde. In: Geniole LAI, Kodjaoglanian VL, Vieira CCA, Machado JFP, Santos MLM. Pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família. Módulo Optativo 10. MS. Campo Grande: Editora UFMS; 2012. p. 15-157.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
4. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Disponível em: https://normativasconselhos.mec.gov.br/normativa/view/CNE_RES_CNECESN32014.pdf?query=classificacao
5. Farias MSJA, Correia DS, Taveira MGMM, Vilela RQB. Extended clinic in the family health strategy by medical students. *International Journal of Medical Science and Clinical Inventions* 2016;3(4):1803-7. <https://doi.org/10.18535/IJMSCI/V3I4.11>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
7. Cavalcante JK, Soares FJP, Correia DS. Desenvolvimento discente no estágio em estratégia saúde da família. *Rev Bras Educ Med* 2014;38(1):15-24. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022014000100003>
8. Iramuteq. Interface de R pour les analyses multidimensionnelles de textes et de questionnaires. Un logiciel libre construit avec des logiciels libres. Disponível em: <http://www.iramuteq.org>.
9. Nascimento ARA, Menandro PRM. Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. *Estud Pesqui Psicol* 2006;6(2):72-88.
10. Loubère L, Ratinaud P. Documentation IRaMuTeQ. 0.6 alpha 3, versión 0.1. Disponível em: http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/documentation_19_02_2014.pdf/at_download/file
11. Reinert M, Alceste. Version 4.0 – Windows (Manual). Toulouse: Société IMAGE, 1998. Disponível em: www.alcestesoftware.com.br/manuais/alceste-manual.pdf
12. Hafner MLMB, Moraes MAA, Marvulo MML, Bracciali LAD, Carvalho MHR, Gomes R. A formação médica e a clínica ampliada: resultados de uma experiência brasileira. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010;15(Supl. 1):1715-24. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700083>
13. Freitas FF, Carvalho YM, Mendes VM. Educação física e saúde: aproximações com a “Clínica Ampliada”. *Rev Bras Ciênc Esporte* 2013;35(3):639-56. <https://doi.org/10.1590/S0101-32892013000300009>
14. Cambuy K, Amatuzzi MM. Experiências comunitárias: repensando a clínica psicológica no SUS. *Psicol Soc* 2012;24(3):674-83. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822012000300020>
15. Pio DAM, Oliveira MM. Educação em saúde para atenção à gestante: paralelo de experiências entre Brasil e Portugal. *Saude Soc* 2014;23(1):313-24. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000100025>
16. Baade RTW, Bueno E. Coconstrução da autonomia do cuidado da pessoa com diabetes. *Interface* 2016;20(59):941-51. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0130>
17. Cunha AC, Pio DAM, Raccioni TM. Acompanhamento terapêutico: concepções e possibilidades em serviços de saúde mental. *Psicol Ciênc Prof* 2017;37(3):638-51. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000092016>
18. Silva MVO, Costa FRM, Neves LM. Programa de intensificação de cuidados: experiência docente-assistencial em Psicologia e reforma Psiquiátrica. *Psicol Ciênc Prof* 2010;30(4):882-95.
19. Souza CDF, Correia DS, Araújo MDP, Wanderley RA, Machado MF. E o passado é uma roupa que não nos serve mais: uma reflexão sobre integração ensino-saúde-comunidade em curso médico do Nordeste. *Rev Bras Educ Med* 2019;43(1 suppl 1):7-11. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-Editorial>
20. Figueiredo MD, Campos GWS. O apoio Paideia como metodologia para processos de formação em saúde. *Interface (Botucatu)* 2014; 18 Supl. 1:931-43. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0323>
21. Nascimento GM, Almeida Júnior SL, Silva AMTC, Carvalho IGM, Santos SMR, Almeida RJ. Avaliação da relação médico-paciente em alunos internos de um Curso de Medicina. *Rev Bras Educ Med* 2018;42(1):159-68. <http://doi.org/10.1590/1981-52712018v42n1RB20170058>
22. Costa JRB, Romano VR, Costa RR, Vitorino RR, Alves LA, Gomes AP, et al. Formação médica na estratégia de saúde da família: percepções discentes. *Rev Bras Educ Med* 2012;36(3):387-400. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000500014>
23. Storti MMT, Oliveira FP, Xavier AL. A expansão de vagas de residência de Medicina de Família e Comunidade por municípios e o Programa Mais Médicos. *Interface* 2017;21(Supl 1):1301-13. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0511>

24. Taveira MGMM, Pedrosa AAM, Cavalcante JK, Santos RO. PROVAB: Visão de Médicos Participantes. *Revista Portal: Saúde e Sociedade* 2016;1(3):258-74. <https://doi.org/10.28998/rpss.v1i3>
25. Campos GWS. *Saúde paidéia*. São Paulo: Editora Hucitec; 2003.
26. Moreira MCN. A construção da clínica ampliada na atenção básica. *Cad Saúde Pública* 2007;23(7):1737-9. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000700030>
27. Bowen P, Campbele S, Bjoke C, Sibbald B. Team structure, team climate and the quality of care: an observational study. *Qual Saf Health Care* 2003;12(4):273-9. <https://doi.org/10.1136%2Fqhc.12.4.273>
28. Lima MADS. O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 1998.