

Concepções sobre clínica na formação médica: análise de um curso derivado do programa Mais Médicos

Conceptions about clinical practice in medical education:
analysis of a course derived from the *Mais Médicos Program*

*Concepciones sobre la clínica en la educación médica:
análisis de un curso derivado del Programa Más Médicos*

Tammy Stephanie Massolin Albrecht Costa¹ , Carlos Botazzo² , Graciela Soares Fonsêca³ 

¹Prefeitura Municipal de Piraquara – Piraquara (PR), Brasil.

²Universidade de São Paulo, School of Public Health – São Paulo (SP), Brasil.

³Universidade Federal da Fronteira Sul, Chapecó Campus – Chapecó (SC), Brasil.

Resumo

Introdução: Principalmente após a instituição das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Medicina, espera-se que seja predominante na formação médica a clínica ampliada, ou seja, aquela que tem como foco central o sujeito e suas particularidades. **Objetivo:** Buscou-se compreender as concepções sobre clínica presentes no imaginário de estudantes e professores de um curso de graduação em Medicina de uma universidade federal localizada no Sul do país. **Métodos:** Trata-se de estudo de caráter exploratório e qualitativo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de uma universidade federal, sob o Parecer nº 2.950.932, de 9 de outubro de 2018. A coleta de dados deu-se com base em entrevistas com docentes médicos (n=21) e grupos focais com acadêmicos (n=43) que, posteriormente, foram tratados pela análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** Aspectos inerentes à clínica ampliada foram levantados, sobretudo no que diz respeito ao estabelecimento de uma boa relação médico-paciente, à necessidade de desenvolver habilidades comunicativas e de haver um equilíbrio entre os componentes técnico, ético e humanístico. Contudo, alguns discursos característicos da clínica tradicional foram notados, principalmente relacionados à clínica focada no diagnóstico e tratamento de doenças. **Conclusões:** Com esses resultados é possível concluir que, apesar de a clínica ampliada estar presente no curso em questão, isso ainda não se efetivou completamente.

Palavras-chave: Educação médica; Medicina clínica; Competência clínica.

Autor correspondente:

Graciela Fonsêca

E-mail: graciela.fonseca@uffs.edu.br

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

CAAE 90068218.3.0000.5564.

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 07/05/2021.

Aprovado em: 05/11/2022.

Como citar: Costa TSMA, Botazzo C, Fonseca GS. Concepções sobre clínica na formação médica: análise de um curso derivado do programa mais médicos. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2023;18(45):3073. [https://doi.org/10.5712/rbmfc18\(45\)3073](https://doi.org/10.5712/rbmfc18(45)3073)



Abstract

Introduction: After the institution of National Curriculum Guidelines for Medicine undergraduate courses, it is expected that the extended clinical practice will predominate in medical training, that is, one that has as its central focus individuals and their particularities. **Objective:** Through this study, we sought to comprehend the conceptions about clinical practice in the minds of students and professor of an undergraduate course in Medicine at a federal university located in the south of the country. **Methods:** This is an exploratory and qualitative study approved by the Research Ethics Committee of a federal university, under the opinion No. 2.950.932, of October 9th, 2018. Data collection was based on interviews with medical professors (n=21) and academics focal groups (n=43) that, subsequently, were processed by Bardin's content analysis. **Results:** Aspects inherent to the extended clinical practice were brought up, mainly those regarding a good doctor-patient relationship, the need to develop communication skills, and the balance between the humanistic, ethical and technical components. However, some statements aligned to the traditional clinical practice have been noticed, mostly related to the practice focused on diagnosis and treatment. **Conclusions:** Through these results, it is possible to conclude that, despite the presence of the extended clinical practice in the medical degree, it has not yet been fully implemented.

Keywords: Education, medical; Clinical medicine; Clinical competence.

Resumen

Introducción: Después del establecimiento de las Directrices Curriculares Nacionales (DCN) de los cursos de Medicina en Brasil, se espera que la clínica tradicional deje de ser predominante en la formación médica para que se priorice la clínica ampliada, es decir, la que tiene como enfoque central la persona y sus particularidades. **Objetivo:** A través de este estudio se buscó comprender las concepciones sobre clínica presentes en la carrera de pregrado en medicina de una universidad federal ubicada en el sur del país. **Métodos:** Se trata de un estudio exploratorio y cualitativo aprobado por el Comité de Ética en Investigación de una universidad federal, bajo el número 2.950.932, del 9 de octubre de 2018. La recolección de datos se realizó a partir de entrevistas con profesores de medicina (n=21) y grupos focales con académicos (n=43), que posteriormente fueron tratados por el análisis de contenido de Bardin. **Resultados:** Se plantearon aspectos inherentes a la clínica ampliada, especialmente en lo que respecta al establecimiento de una buena relación médico-paciente, la necesidad de desarrollar habilidades comunicativas y el equilibrio entre los componentes técnico, ético y humanístico. Sin embargo, se notaron algunos discursos característicos de la clínica tradicional, principalmente relacionados con una clínica enfocada al diagnóstico y tratamiento de enfermedades. **Conclusiones:** A través de esos resultados es posible concluir que la clínica ampliada está presente en el curso en cuestión, aún no se ha implementado en su totalidad.

Palabras clave: Educación médica; Medicina clínica; Competencia clínica.

INTRODUÇÃO

Ao longo da história das políticas públicas de saúde no Brasil, especialmente antes do movimento da Reforma Sanitária que se iniciou na década de 1970, o modelo da clínica tradicional (biomédico) foi o predominante, ou seja, aquele que se ocupa de desvendar e tratar uma doença, deixando o sujeito doente e suas singularidades em segundo plano. Entretanto, a partir de movimentos diversos que culminaram com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), essas práticas passaram a ser questionadas e percebeu-se que existem demandas para as quais a clínica tradicional é limitada, sobretudo aqueles casos que exigem uma compreensão ampliada do sujeito, indo além do que os métodos técnico-científicos proporcionam.^{1,2} O conceito polissêmico da integralidade vai na contramão da clínica tradicional. Caminha em direção à clínica ampliada, pois inclui aspectos como a organização dos serviços de saúde de maneira horizontalizada, a elaboração de políticas direcionadas aos problemas de saúde da população e a prática em saúde que considera os sujeitos e as coletividades de maneira centralizada e integral, abordando não somente as doenças dos sujeitos, mas atuando de modo a ampliar o cuidado para as variadas necessidades da população atendida.³⁻⁵

Nesse sentido, a clínica ampliada propõe centralizar o foco das práticas em saúde para o sujeito em vez da doença. Sendo assim, o profissional de saúde deve compreender o processo de saúde e adoecimento de um sujeito com base em uma visão integral do contexto em que ele está inserido, seja ele biológico, social, econômico, cultural, psicológico, familiar ou outro. Para que essa compreensão ampliada

se torne realidade, o profissional precisa utilizar dispositivos como a escuta qualificada, o trabalho em equipe, a humanização do cuidado, a empatia e a atenção às singularidades.⁶

Internacionalmente, discute-se a medicina centrada na pessoa, aquela em que a perspectiva do paciente é incluída no processo. Nesse caso, além da visão do médico sobre o funcionamento do corpo humano e do adoecimento, há também a visão da pessoa atendida, no que se refere a sua experiência com o processo de adoecimento, suas expectativas de como seu caso será abordado e de como sua rotina de vida será afetada por isso. Sendo assim, o sujeito torna-se a peça fundamental para o restabelecimento de sua saúde, de forma que assuma uma responsabilidade compartilhada com os profissionais de saúde.^{7,8}

O SUS prevê que o atendimento seja realizado conforme as características da clínica ampliada e com o paciente no centro das ações, ou seja, um atendimento humanizado, ético, responsável e integral dos sujeitos, abordando aspectos de promoção e recuperação da saúde e prevenção de doenças.^{9,10}

Visando acompanhar as mudanças nas práticas em saúde, a formação médica também passou por transformações. Por muito tempo, a educação médica foi baseada no modelo biologicista, com a fragmentação do conhecimento e a dissociação entre a teoria e a prática. Contudo, de alguns anos para cá, a educação médica brasileira passou a ser reavaliada e questionada. Nesse sentido, o Ministério da Educação instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em Medicina em 2001 e reformulou-as em 2014. Entre inúmeros objetivos, elas preveem que o egresso seja capaz de atuar nos mais diferentes pontos de atenção à saúde nos moldes da clínica ampliada, buscando modificar o ensino médico.¹⁰⁻¹²

Sendo assim, o objetivo deste trabalho é compreender as concepções sobre clínica presentes no imaginário de estudantes e professores médicos do curso de graduação em Medicina de uma universidade federal localizada no Sul do país.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, que foi realizada em uma instituição de ensino federal localizada em um município do interior da Região Sul do Brasil. O curso de Medicina da referida universidade iniciou suas atividades acadêmicas no ano de 2015, como resultado da instituição do Programa Mais Médicos (PMM) pelo Governo Federal, que tinha como um de seus objetivos aumentar o número de vagas para a formação de médicos no Brasil, no intuito de reduzir a escassez desses profissionais no SUS. Além disso, a proposta pedagógica desse curso está pautada nas DCN de 2014, ou seja, ela prevê que o profissional recém-formado seja capaz de atuar nos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), desenvolvendo ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação de saúde, de maneira humanista, crítica, reflexiva e baseada nos princípios éticos.¹²⁻¹⁴

A coleta de dados ocorreu entre os meses de novembro de 2018 e abril de 2019 por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas com os docentes médicos (n=21) e grupos focais com os estudantes dos diferentes períodos do curso (n=43). No período de coleta dos dados, havia 160 estudantes matriculados e 52 professores atuando no curso, aproximadamente metade deles médicos. Todos os estudantes e docentes médicos foram convidados a participar do estudo, sendo a amostra definida por conveniência em função do aceite para participar. Posteriormente, os discursos audiogravados, derivados das entrevistas e grupos focais, foram transcritos, codificados, categorizados e analisados segundo o método de Bardin,¹⁵ que utiliza a técnica de análise de conteúdo temática visando obter a descrição do conteúdo das mensagens, com posterior atribuição de significados relacionados aos discursos. As categorias de

análise foram “clínica ampliada” e “clínica tradicional”, que serão apresentadas e discutidas no próximo item, com aporte da literatura científica pertinente.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa por meio do Parecer nº 2.950.932, de 9 de outubro de 2018.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos participantes do estudo

Dos 43 acadêmicos que participaram dos grupos focais, 11 (25,5%) cursavam o oitavo período (turma 01-T1) no momento do grupo focal, 12 (27,9%) o quinto período (turma 02-T2), nove (20,9%) o quarto período (turma 03-T3) e 11 (25,5%) o segundo período (turma 04-T4). Do total, 32 eram mulheres (74,41%).

Com relação aos 21 docentes entrevistados, 13 eram homens (61,9%), a maioria formada há dez anos ou mais (61,9%), e todos declararam ter realizado residência médica ou algum tipo de especialização. Além disso, o tempo na docência, em sua maior parte, era menor do que dez anos (76,19%), mas variava entre seis meses e 25 anos. Vale ressaltar que, pelo fato de o curso de Medicina analisado ser relativamente novo, o tempo de docência desses professores na instituição também era curto, variando de três meses a três anos.

Concepções sobre clínica: faces e interfaces entre a clínica ampliada e a clínica tradicional

Após a análise do material transcrito, aspectos inerentes à clínica ampliada e à clínica tradicional foram levantados, sendo essas as categorias de análise.

Tanto docentes como discentes, ao serem instigados a definir a palavra clínica, explanaram, em seus discursos, características da clínica ampliada:

“A clínica é o paciente de modo geral, o atendimento do paciente de forma integral” (M12).

“Ela abrange um conceito bem amplo do que a gente está vendo. É observar, é comunicar, é intervir, é saber conversar, é saber ouvir, é saber analisar a pessoa como um todo, inserida num contexto. E, a partir disso, você saber o que fazer com a pessoa. Para mim, clínica é isso, é desvendar a pessoa através do contexto que ela está, das informações que ela passa através da escuta. É isso, é saber ouvir, comunicar, intervir, agir” (A18-T1).

“É o olhar em relação ao que o paciente está apresentando. Então, olhar a doença do paciente, olhar o paciente de forma integralizada, não só doença, mas ele como um todo, tudo que ele está passando, e observar uma forma de poder ajudar isso, orientar para onde ele deve ser encaminhado ou como ele deve ser tratado” (A26-T3).

Nesses discursos, nota-se que a clínica, quando ampliada, coloca sua centralidade em atender o sujeito e suas demandas, sejam elas advindas de doenças ou não. A doença pode (e vai) aparecer, mas não como objetivo final, pois a compreensão do sujeito e de seu processo de saúde e adoecimento é muito

mais valiosa do que buscar sinais técnicos que valorizem a doença como ela aparece nos livros e *guidelines*. Para que o profissional de saúde consiga compreender esse processo, é necessário desenvolver algumas habilidades que foram mesmo citadas pelos participantes do estudo, como por exemplo a observação, a comunicação e a capacidade de desenvolver uma boa relação médico-paciente.^{16,17}

Nesse sentido, os participantes também elencaram alguns elementos que são necessários para que a clínica ampliada seja realizada com êxito:

“Para mim, o que é imprescindível na clínica é um olhar atento. Eu acho que tu prestares atenção para todos os aspectos do paciente, tanto o que tu consegues ver fisicamente quanto analisar a fala dele, tentar investigar o contexto em que ele vive” (A04-T2).

“Elementos técnicos no sentido de conhecimento, embasamento científico. Elementos de habilidade interpessoal, de abordagem integral, compreensão integral do ser, do indivíduo e compreensão da sua singularidade e ferramentas que você aprende, tanto em diagnóstico, semiologia e durante toda a formação, aplicando isso na consulta” (M21).

“O que vai ser o importante é que, além do conhecimento técnico para o atendimento, vai ter que ter o conhecimento epidemiológico, o conhecimento da situação, o diagnóstico da realidade da região onde você tá atuando. Sem esquecer da empatia e de todos aqueles atributos que a gente já aprendeu com relação à necessidade de se colocar no lugar do outro, para dar para cada paciente o atendimento de acordo com a realidade dele” (A33-T4).

Os participantes da pesquisa reconheceram que conhecimentos técnicos contribuem para exercer um bom atendimento clínico. Além disso, também revelaram que ampliar o olhar para aspectos não puramente biológicos pode influenciar diretamente no processo de saúde e adoecimento, pois para que os diversos aspectos da vida de um sujeito sejam abordados é necessário que o profissional de saúde tenha clareza em sua comunicação e promova uma abordagem empática da realidade desse sujeito, como muito bem ressaltaram os participantes da pesquisa.^{6,17}

Para executar uma boa prática clínica, tanto discentes como docentes enaltecem a construção de uma relação médico-paciente adequada, como uma habilidade fundamental a ser desenvolvida:

“Outra questão que é importante na relação médico-paciente, que é primordial, é centrar o atendimento nas necessidades do paciente e não naquilo que a gente acha que é importante pro paciente. É fazer um atendimento voltado para o que o paciente tem de demanda, para o que ele precisa de fato” (A04-T2).

“Eu acho que é a partir dela [da relação médico-paciente] que a gente vai conseguir tanto fornecer um bom atendimento para o paciente em relação à questão de informação e tirar dúvidas do diagnóstico e depois da terapêutica, como também para fazer com que o paciente se sinta à vontade nesse atendimento. Eu acho que a relação médico-paciente é tudo e ela pode ser um grande divisor de águas, tanto beneficiando o paciente, quanto, muitas vezes, não. Assim, não adianta nada a gente ter um superconhecimento teórico se na prática a gente não consegue estabelecer uma boa relação médico-paciente” (M14).

O momento do atendimento denota um encontro entre pessoas (médico e sujeito) que são protagonistas da produção de saúde, e, como em qualquer outro encontro, elas precisam estabelecer uma relação. Contudo, ao procurar o auxílio de um profissional de saúde, o sujeito irá compartilhar informações importantes e pessoais a respeito de sua saúde e de sua vida em geral. Além disso, será necessário realizar o exame físico, que pode causar constrangimento ao paciente caso não seja construída uma relação de confiança. Essa boa relação depende principalmente das tecnologias leves, que envolvem a construção de vínculo, a empatia, a clareza da comunicação e o reconhecimento de que o sujeito possui autonomia para decidir quais são suas reais necessidades, quais informações deve compartilhar e até mesmo aspectos de seu tratamento.^{18,19}

Como demonstrado nas falas anteriores, a relação médico-paciente pode influenciar diretamente na qualidade do cuidado, seja porque, ao ser colocado no centro da prática clínica e se sentir à vontade com o médico, o paciente tende a compartilhar mais informações e aderir melhor ao tratamento, seja, até mesmo, porque o médico, ao conseguir interagir de forma satisfatória com o paciente, se sentirá mais confiante e satisfeito com seu trabalho.¹⁸⁻²⁰

Sobre a empatia, alguns participantes da pesquisa a identificaram como um elemento primordial para o desenvolvimento de uma boa relação entre médico e paciente:

“Mesmo após o diagnóstico, se você tiver uma boa relação médico-paciente, a chance desse paciente aderir ao tratamento também é maior. Ele vai voltar. Não adianta você só criticar, você tem que saber entender, ter empatia, saber a sociedade, o ambiente onde ele vive para conseguir adequar o tratamento para esse paciente porque isso também vai influenciar bastante na resposta clínica. Quais são as condições dele pra estar fazendo esse tratamento, desde financeiras ou até a questão cognitiva? Ele sabe ler? Ele não sabe? Se eu não conheço esse paciente, eu simplesmente vou me focar em um exame de laboratório e numa receita, as chances desse paciente realmente melhorar são mínimas. Eu tenho que tentar adentrar um pouco na vida dele. E se ele confiar no médico, se ele tiver um bom entendimento, ele vai cada vez trazer mais informações e vai melhorar a resposta terapêutica” (M10).

“O que eu acho que não pode faltar na prática é empatia, primeira coisa que me vem à mente. Porque eu acho que a gente sempre tem que se colocar no lugar do outro e principalmente do paciente, pensar no que ele está passando e em todas as dificuldades para ter o melhor tratamento e o melhor diagnóstico possível” (A28-T3).

Pode-se definir empatia como um processo psicológico, comportamental e afetivo em que um indivíduo busca se aproximar da realidade do outro por meio da imaginação, a fim de compreender determinada situação e agir da melhor maneira com relação a ela. Alguns estudos apontam-na como uma virtude, e outros como uma habilidade passível de ser aprimorada. Além disso, sabe-se que a empatia que envolve profissionais de saúde e pacientes representa um fator decisivo para o estabelecimento de uma boa relação, impactando diretamente a satisfação de ambos e a maior chance de se obter a construção de vínculo e sucesso no processo diagnóstico e terapêutico.²¹⁻²³

Certos trabalhos também abordam o que é chamado de “humildade cultural”, ou seja, a capacidade de compreender que os indivíduos fazem parte de meios diversos, cujas características são variadas. Diante disso, cabe ao profissional de saúde relacionar-se com esses indivíduos singulares de maneira

empática e humilde, de forma que consigam ampliar seus olhares para considerar a realidade dos sujeitos atendidos e também conhecer e valorizar suas reais necessidades.^{9,21,22,24}

A empatia e a humildade cultural são ferramentas fundamentais, pois contribuem para que seja desenvolvido um relacionamento entre médico e paciente baseado no respeito, com empoderamento mútuo, e que tende a ser mais duradouro.²⁵ As habilidades comunicativas que foram bastante comentadas ao longo da coleta de dados são igualmente importantes:

“Eu acho que, quando a gente olha pra tudo que a gente faz na medicina, ela baseia-se em comunicação. Porque não é só quando eu falo com o paciente, às vezes, é quando eu não falo, quando eu faço um exame físico, por exemplo, é quando eu tento escutar o que o corpo do paciente está dizendo. Então, tudo é comunicação” (A20-T1).

“Eu acho que não adianta nada você ser muito bom tecnicamente, fazer um excelente diagnóstico, aí você prescreve o tratamento correto, o melhor tratamento. Mas, se o paciente sai do teu consultório com uma má impressão, você não estabeleceu essa relação, ele não entendeu a receita, ele não entendeu o que ele tem, o diagnóstico que você fez ou qual a importância dele tomar o medicamento certinho, ele vai pegar tua receita, vai, às vezes, até jogar fora e nem vai comprar o medicamento que você passou ou nem vai na farmácia do posto de saúde pegar o medicamento ou, às vezes, ele até pega, mas chega em casa e não toma. Então, não adiantam nada todas as outras coisas se você não tiver uma boa relação médico-paciente” (M16).

Fica claro nos discursos que as habilidades comunicativas, que também são permeadas por técnicas e teorias, são tão importantes quanto outras competências anteriormente citadas neste artigo. A comunicação é a base da prática clínica, pois ela se estabelece desde o encontro do sujeito com o médico, seja verbal ou não. Depois, a comunicação será necessária para coletar a história do paciente, transmitir informações e sanar dúvidas, realizar o exame físico, fazer acordos terapêuticos e relacionar-se com familiares ou outros profissionais de saúde.²⁶

Para que a habilidade comunicativa seja considerada ampliada e humanizada, é necessário que seja pautada nos princípios éticos e que o profissional de saúde respeite e preserve os direitos dos pacientes. Além disso, o médico precisa se fazer entender, utilizando linguagem clara e objetiva, e também compreender que a comunicação envolve linguagens não verbais, mostrando-se disponível para ouvir e compreender o que está sendo dito, saber os momentos de se aproximar, tocar, sorrir, expressar tristeza, amparo e atenção.²⁶

Desenvolver habilidades comunicativas envolve inúmeros fatores e pode não ser tão simples, apesar de valioso. É por isso que, no curso de Medicina em questão, os estudantes do quinto semestre passam por um Componente Curricular Regular (CCR) intitulado “Informação e comunicação em saúde”, que tem como objetivo o desenvolvimento dessa competência, com foco no cuidado centrado na pessoa. Isso porque que as DCN preconizam que o acadêmico recém-formado seja capacitado para interagir de maneira apropriada e humanizada não só com os pacientes, mas também com demais profissionais de saúde, gestores, entre outros.^{12,14}

Deve-se considerar, ainda, que na clínica ampliada é necessário um equilíbrio entre a técnica e o componente humanístico:

“Você ter empatia pelo paciente, pelo problema dele, pelas situações que ele está passando. Depois, claro, não menos importante, as questões de qualificação técnica, para você poder exercer a profissão. Então, se atualizar, buscar realmente estudar e manter-se sempre estudando para poder oferecer o melhor de conhecimento técnico pro paciente” (M16).

“Eu acho que a clínica é você ver realmente o paciente como ele é e também você colocar em prática os conhecimentos que você adquiriu na faculdade. No caso de você enxergar o paciente e saber ao mesmo tempo o que ele tá passando, o que você vai realizar para poder ajudar esse paciente e você ter aquele olhar técnico e humanitário para poder realmente solucionar o problema do paciente, porque foi por isso que ele foi te procurar” (A27-T3).

Por muito tempo — e provavelmente até hoje —, a prática clínica era comandada por componentes técnicos e puramente biológicos. Ou seja, o trabalho morto e as tecnologias leve-duras e duras eram amplamente utilizadas, ao passo que as tecnologias do campo relacional e social, leves, ficavam entre parênteses. Contudo, percebeu-se que isso não leva, necessariamente, ao cuidado em saúde. No Brasil, a Política Nacional de Humanização (PNH) fomenta o trabalho em saúde no campo das relações, instigando maior autonomia e protagonismo dos sujeitos e ampliação dos saberes, indo ao encontro das áreas subjetivas e sociais.^{24,27,28}

No discurso dos participantes da pesquisa, foi possível notar essa valorização do conhecimento humanizado, sem excluir os conhecimentos técnicos. Isso ocorre porque a finalidade do trabalho em saúde é o cuidado da pessoa e a identificação de interesses comuns com o sujeito no que tange à doença e sua abordagem.^{24,27} Assim, como propõe Schraiber,²⁹ as dimensões técnicas, éticas e relacionais do ato médico devem estar entrelaçadas, de modo que se complementem, para que seja possível estabelecer uma boa relação com o paciente e também fornecer um diagnóstico e opções terapêuticas adequados.

Além disso, essa junção de conhecimentos técnicos e éticos, aliada às tecnologias relacionais, pode ser um suporte para estabelecer uma relação adequada com o sujeito e para incentivar sua autonomia, pois, ao compartilhar opções terapêuticas, expor benefícios, efeitos colaterais e sanar dúvidas, ele toma conhecimento sobre sua questão de saúde e adquire confiança para que, de forma compartilhada com o profissional, se torne responsável pelo restabelecimento de sua saúde.^{4,20,28}

Quanto à questão técnica, os participantes ressaltaram a importância dos componentes semiológicos, anamnese e exame físico para a prática clínica:

“Acho que os principais elementos são a anamnese e exame físico, seriam algo [de] que o médico deveria ter um domínio, que independente que você tenha um ambiente perfeito para atuar, um consultório com toda a tecnologia, recursos e exames, se você não souber explorar essa parte de anamnese, exame físico e ter uma relação com o paciente, ainda não vai ser suficiente ter métodos diagnósticos” (A19-T1).

“Então, na verdade, o diagnóstico sempre vai vir pela orientação da anamnese e do exame físico, que é a clínica. Mediante isso, a gente pode até pedir laboratórios complementares, exames de imagem também, mas o que vai nortear o diagnóstico é realmente a anamnese e o exame físico” (M09).

A princípio, pode-se inferir que essas ferramentas compõem a clínica tradicional. Entretanto, a anamnese e o exame físico fazem parte da dimensão técnica-ética-relação citada acima e, portanto, são essenciais para permitir a ampliação do olhar do profissional para o paciente. Afinal, uma anamnese bem coletada é aquela na qual o sujeito se torna protagonista da própria história e o médico é apenas um facilitador que utiliza habilidades comunicativas para estabelecer uma relação de confiança com o sujeito. O profissional de saúde não deve tornar esses elementos “identificadores de doença”, mas deve torná-los mais eficazes ao considerar todas as dimensões do sujeito, dar espaço às ideias e palavras do paciente e perceber como se dá a experiência da doença naquele sujeito especificamente, não só procurando sinais e sintomas descritos em *guidelines*.^{9,30,31}

Essas técnicas dependem de tecnologias leves, como por exemplo os instrumentos relacionais: acolhimento, vínculo e comunicação. Sendo assim, conforme comentado pelos participantes da pesquisa, quando essas estratégias são pouco utilizadas, predomina a clínica tradicional, sobretudo na solicitação de exames complementares — muitas vezes desnecessários — e na prescrição excessiva.^{27,30}

Outro importante aspecto levantado, que diz respeito à clínica ampliada, é que ela não é uma responsabilidade somente do profissional médico, mas de toda a equipe de saúde:

“Acho que nossa formação clínica tem que retirar a gente dessa bolha que existe dentro da nossa profissão, que é ser médico, levando a gente a se relacionar com outros profissionais, saber da importância de outros profissionais” (A39-T4).

“Eu acho que essa relação deve incluir principalmente a responsabilidade do profissional médico de direcionar o paciente para outros profissionais que ajudem, que colaborem com o objetivo principal, que é de resolutividade do caso. Para que não fique aquela coisa de consulta e vai e volta paciente, mais consultas, exames. O contexto envolve a necessidade de outros profissionais da área, seja psicólogo, seja serviço social, que interajam de alguma maneira para facilitar a vida daquele paciente” (A36-T4).

Para abordar os sujeitos e as coletividades de forma integral, faz-se necessária a interprofissionalidade. Contudo, além do atendimento a um sujeito por vários profissionais de campos diferentes, na prática da clínica ampliada é necessário que esses profissionais trabalhem de modo colaborativo e comunicativo, buscando abordar e compreender os variados aspectos que podem influenciar o processo de saúde e adoecimento de um sujeito.^{23,32}

Apesar de todas essas referências à clínica ampliada, alguns participantes apresentaram discursos característicos da clínica tradicional:

“A palavra ‘clínica’, na minha opinião, remete àquilo que é mais importante na medicina, a capacidade de você analisar sinais e sintomas ou queixas” (M01).

“A clínica pode ser entendida também como ‘as clínicas’, ou seja, especialidades médicas” (M02).

“Eu acho que a clínica seria, basicamente, o estudo de todas as doenças e a interação que essas doenças têm com o indivíduo” (A06-T1).

“Por exemplo, a clínica médica, que é minha especialidade, eu acho que é uma área que envolve o conhecimento da anamnese, exame físico, associados a exames complementares para definir um tratamento. Eu acho que a clínica é a junção de vários fatores que a gente junta para chegar num diagnóstico definitivo e tratamento adequado” (M08).

Nesses discursos, pode-se notar que ainda é presente o método clínico centrado no diagnóstico e tratamento da doença, que, em busca de maior êxito, dividiu-se em inúmeras especialidades, acabando na verdade por ampliar o conhecimento sobre enfermidades específicas e fragmentar o olhar para o sujeito.^{10,16}

Nesse modelo tradicional de clinicar, observa-se que os componentes semiológicos também foram ressaltados, mas não com o objetivo de voltar-se para o sujeito atendido e sim com o intuito de intervir em uma doença, seja em seu diagnóstico, seja em seu tratamento. Quando o profissional de saúde tem como meta apenas curar uma enfermidade, o cuidado fica comprometido e nem sempre é resolutivo, pois os sujeitos são singulares e podem não apresentar as doenças como o método empírico-científico determina. Assim, é necessário buscar conhecer e compreender as variadas nuances que podem influenciar no processo saúde-doença, sejam elas físicas, sociais, psicológicas, econômicas ou ambientais.⁷

Todavia, é válido ressaltar que apenas um acadêmico apresentou um discurso característico da clínica tradicional. Todas as outras falas partiram de docentes e, considerando-se que a maioria desses professores é formada há mais de dez anos, quando o ensino médico era ainda mais pautado no modelo biologicista, individualista e hospitalocêntrico, é possível compreender o aparecimento da clínica tradicional em seus discursos. Apenas a partir de 2001, com a instituição das primeiras DCN, é que a educação voltada para a clínica ampliada começou a se intensificar. Ademais, esse processo ainda está em andamento, pois exige um novo modo de pensar e agir de profissionais da saúde, professores e acadêmicos.³³

Essa constatação converte-se em um problema para a realidade analisada: como garantir a formação de médicos competentes para atuar na lógica da clínica ampliada se boa parte dos docentes médicos foi ensinada na clínica tradicional e tende a reproduzi-la nas práticas de ensino? A resposta para essa questão demanda o desenvolvimento de outros estudos e a análise de outras questões que não foram trabalhadas nesta pesquisa. No entanto, ao se analisarem as falas dos estudantes que participaram deste estudo, que representam uma parcela do corpo discente do curso de Medicina examinado, é nítida sua inclinação para a clínica ampliada, o que desvela indícios de que há outros fatores além da presença de docentes médicos que ensinam e aplicam a clínica ampliada. Cita-se a presença do campo da Saúde Coletiva em todas as fases, com atividades conduzidas por um grupo de docentes de formação multiprofissional que atua na lógica da interprofissionalidade. Por meio dos CCR de Saúde Coletiva, os estudantes são inseridos em serviços de saúde, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde, desde o início do curso. Essa estratégia expande a visão dos estudantes e contribui para o desenvolvimento de competências e habilidades voltadas para a clínica ampliada.¹⁴

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Da análise do conteúdo dos discursos apresentados, pode-se inferir que a clínica ampliada está presente na graduação do curso de Medicina analisado, no imaginário e nas práticas dos docentes médicos e dos estudantes. Esse cenário condiz com o que preveem as DCN dos cursos de Medicina, afinal professores e alunos conhecem a centralidade do sujeito na prática da clínica ampliada e as competências essenciais para essa prática — como as habilidades comunicativas, a empatia, o estabelecimento de uma

boa relação médico-paciente, a prática multiprofissional, a valorização da palavra do paciente, um olhar atento. Ademais, eles reconhecem os benefícios que essa prática traz, resultando em maior efetividade do trabalho em saúde.

A clínica tradicional, entretanto, foi notada em alguns argumentos, mesmo que com menor frequência. Apareceu bastante o foco que esse tipo de clínica dá ao diagnóstico e ao tratamento de uma doença, além da fragmentação do trabalho médico em especialidades. Esse panorama mostra que as mudanças de uma clínica tradicional para uma clínica ampliada estão em processo e que, apesar de o curso em questão estar caminhando em direção ao que preveem as DCN, isso ainda não se efetivou completamente.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem aos participantes do estudo, professores e estudantes que aceitaram participar das entrevistas e grupos focais.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

TSMAC: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal. CB: Escrita – Revisão e Edição. GSF: Conceituação, Escrita – Revisão e Edição.

CONFLITOS DE INTERESSE

Nada a declarar.

REFERÊNCIAS

1. Paraguay NLB. A clínica e o ensino na atenção primária [dissertação de mestrado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2011.
2. Guedes CR, Nogueira MI, Camargo Júnior KR. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006;11(4):1093-103. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000400030>
3. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [acessado em 10 dez. 2020]. Brasília, DF; 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
4. Bedrikow R, Campos GWS. Clínica: a arte de equilibrar a doença e o sujeito. *Rev Assoc Med Bras* 2011;57(6):610-12. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302011000600003>
5. Mattos, RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Mattos RA, Pineheiro R (Orgs). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO; 2006.
6. Dheim G. Pausa! Clínica. Clínica política. Clínica ampliada: a produção do sujeito autônomo [dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica; 2010.
7. Barbosa MS, Ribeiro MMF. O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde. *Rev Med Minas Gerais* 2016;26(Suppl 8):S216-22.
8. Epstein RM, Street RL Jr. The values and value of patient-centered care. *Ann Fam Med* 2011;9(2):100-3. <https://doi.org/10.1370/afm.1239>
9. Ministério da Saúde (BR). *Clínica ampliada e compartilhada*. Brasília (DF); 2009.
10. Taveira MGMM, Neiva GSM, Vilela RQB, Lucena Neto PB. Clínica ampliada: conhecimento de alunos de medicina. *Rev Portal: Saúde e Sociedade* 2019;4(2):1086-95. <https://doi.org/10.28998/rpps.v4i2.7401>
11. Pagliosa FL, Ros MA. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Rev Bras Educ Med* 2008;32(4):492-9. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000400012>
12. Ministério da Educação (BR). Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências [acessado em 10 dez, 2020]. Brasília; 2014. Disponível em: https://normativasconselhos.mec.gov.br/normativa/view/CNE_RES_CNECESN32014.pdf?query=classificacao

13. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências [acessado em 10 dez, 2020]. Brasília; 2013. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2012.871%2C%20DE%2022%20OUTUBRO%20DE%202013.&text=Institui%20o%20Programa%20Mais%20M%C3%A9dicos,1981%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAsncias.&text=VIII%20%2D%20estimular%20a%20realiza%C3%A7%C3%A3o%20de%20pesquisas%20aplicadas%20ao%20SUS.
14. Universidade Federal da Fronteira Sul. Projeto pedagógico do curso de graduação em medicina – bacharelado. Chapecó: Universidade Federal da Fronteira Sul; 2018.
15. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
16. Marcondes WB. A convergência de referências na Promoção da Saúde. *Saúde Soc* 2004;13(1):5-13. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000100002>
17. Godoy DC. O ensino da clínica ampliada na Atenção Primária à Saúde: a prática de professores tutores e alunos de graduação médica [tese de doutorado]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2018.
18. Nascimento Júnior PG, Guimarães TMM. A relação médico-paciente e seus aspectos psicodinâmicos. *Rev Bioét* 2003;11(1):101-12.
19. Gomes AMA, Caprara A, Landim LOPL, Vasconcelos MGF. Relação médico-paciente: entre o desejável e o possível na Atenção Primária à Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2012; 22(3):1101-19. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000300014>
20. Ribeiro MMF, Amaral CFS. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder do médico. *Rev Bras Educ Med* 2008;32(1):90-7. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000100012>
21. Alma HA, Smaling A. The meaning of empathy and imagination in health care and health studies. *Int J Qual Stud Health Well-being* 2006;1(4):195-211. <https://doi.org/10.1080/17482620600789438>
22. Batista NA, Lessa SS. Aprendizagem da empatia na relação médico-paciente: um olhar qualitativo entre estudantes do internato de escolas médicas do nordeste do Brasil. *Rev Bras Educ Med* 2019;43(Suppl. 1):349-56. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190118>
23. Ministério da Saúde (BR). *Política Nacional de Humanização*. Brasília; 2013.
24. Foronda C, Baptiste DL, Reinholdt MM, Ousman K. Cultural humility: a concept analysis. *J Transcult Nurs* 2016;27(3):210-7. <https://doi.org/10.1177/1043659615592677>
25. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. *Porto Alegre: Artmed*; 2017. p. 383-397.
26. Bertachini L. A comunicação terapêutica como fator de humanização da Atenção Primária. *Mundo Saúde* 2012;36(3):507-20. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.2012363502506>
27. Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. *Saúde Debate* 2003;27(65):316-23.
28. Ferreira LR, Artmann E. Discursos sobre humanização: profissionais e usuários em uma instituição complexa de saúde. *Cienc Saúde Colet* 2018;23(5):1437-50. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.14162016>
29. Schraiber LB. No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em Medicina. *Interface (Botucatu)* 1997;1(1):123-40. <https://doi.org/10.1590/S1414-32831997000200009>
30. 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 Med* 2014;38(3):314-22. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022014000300005>
31. Duarte LPA, Moreira DJ, Duarte EB, Feitosa ANC, Oliveira AM. Contribuição da escuta qualificada para a integralidade na atenção primária. *Rev G&S* 2017;8(3):414-29. <https://doi.org/10.18673/gsv8i3.24185>
32. Ceccim RB. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. *Interface (Botucatu)* 2018,22(Suppl. 2):1739-49. <https://doi.org/10.1590/1807-57622018.0477>
33. Nogueira MI. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexão sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. *Rev Bras Educ Med* 2009;33(2):263-70. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000200014>