

Repensando a queixa principal do paciente, contribuições de pesquisas desenvolvidas por estudantes de medicina para o cuidado centrado na pessoa

Rethinking patient's chief complaint, research contributions developed by medical students to person-centered care

Mariana Sawchuk Moura Marques Antunes¹ 

Pedro Puccioni de Oliveira Lyra² 

Julia Pinho de Mattos³ 

Deisianny dos Santos Ferreira⁴ 

Luiza Brandão Catharina⁵ 

Julia da Mata Xavier Pinheiro Machado⁶ 

Manuela Wendling Russo Lourenço⁷ 

Luísa Leite Vaz da Silva⁸ 

Victor Hugo Paixão Ximenes⁹ 

Manuela Rodrigues Müller¹⁰ 

¹⁻⁹Universidade Estácio de Sá (Rio de Janeiro). Rio de Janeiro, Brasil. marianasawchuk@gmail.com, ppilyra@uol.com.br, mattosjulia3@gmail.com, santosdeisi9@gmail.com, lbrandaocatharina@gmail.com, damatta.julia@gmail.com, manuela.lourenco1@hotmail.com, luisavotto@gmail.com, ximenesvictorhugo@gmail.com

¹⁰Autora para correspondência. Faculdade de Medicina da Universidade Estácio de Sá e Faculdade de Ciências Médicas - UERJ. Rio de Janeiro, Brasil. muller.manuela@gmail.com

RESUMO | INTRODUÇÃO: Tradicionalmente, a anamnese, ou entrevista médica, é a principal ferramenta para se chegar ao diagnóstico de saúde e à intervenção terapêutica. As entrevistas médicas operacionalizam métodos clínicos e, portanto, uma teoria médica. **OBJETIVO:** Neste artigo, apresentaremos uma experiência de ensino e pesquisa dentro de uma disciplina de introdução à pesquisa. **MÉTODOS:** A partir de um relatório clínico elaborado para fins de investigação, um grupo de alunos e orientador analisou o papel da queixa principal para a assistência à saúde. **RESULTADOS:** Os alunos perceberam que o caso não expressava a queixa principal do paciente. Além disso, houve dificuldade em articular dados sociais e biológicos no relatório. Tais achados foram discutidos pelo grupo considerando a literatura sobre entrevistas médicas e o referencial da antropologia médica, a fim de ampliar a compreensão dos aspectos subjetivos e socioculturais do adoecimento. **CONCLUSÃO:** As discussões do grupo sobre o caso e a literatura possibilitaram uma ampliação do entendimento dos alunos. Argumentamos que levar em conta as queixas principais pode revelar uma complexa gama de significados e teias socioculturais relevantes para compreender os conceitos e práticas de saúde de pacientes e seus grupos microsociais. Ao fazê-lo, esperamos contribuir para os debates em torno da educação médica e valorização dos aspectos socioculturais nas práticas de saúde e, assim, enriquecer a relação cuidador-paciente em direção ao cuidado centrado na pessoa.

PALAVRAS-CHAVE: Educação médica. Propedêutica médica. Antropologia médica. Assistência centrada na pessoa.

ABSTRACT | INTRODUCTION: Traditionally, anamnesis, or medical interviews, have been the main tools in diagnosing health issues and indicating therapeutic intervention. Medical interviews perform clinical methods and hence medical theory. **OBJECTIVE:** In this paper, we will present a learning experience process gained during an introductory course on research. **METHODOLOGY:** Based on a clinical report designed for the purposes of investigation, a group of students and an advisor analyzed the role of the chief complaint in providing healthcare. **RESULTS:** Students noticed the case did not express the chief complaint of the patient. In addition, there was difficulty in articulating social and biological data in the report. Such findings were discussed by the group considering the literature on medical interviews and the medical anthropology framework in order to broaden their understanding of subjective and sociocultural aspects of illness. **CONCLUSION:** Group discussions about the case and the literature made it possible to expand the students' understanding. We argue that taking into account the main complaints can reveal a complex range of sociocultural meanings and webs relevant to understanding the health concepts and practices of patients and their microsocial groups. In doing so, we hope to contribute to the debates around medical education and the appreciation of sociocultural aspects in health practices, thus, enrich the caregiver-patient relationship toward person-centered care.

KEYWORDS: Medical education. Education, premedical. Medical anthropology. Patient-Centered Care.

Submetido 07/02/2022, Aceito 19/07/2022, Publicado 17/08/2022

Rev. Inter. Educ. Saúde, Salvador, 2022;6:e4407

<http://dx.doi.org/10.17267/2594-7907ijeh.2022.e4407>

ISSN: 2594-7907

Editora responsável: Iêda Aleluia

Como citar este artigo: Antunes MSMM, Lyra PPO, Mattos JP, Ferreira DS, Catharina LB, Machado JMX, et al. Repensando a queixa principal do paciente, contribuições de pesquisas desenvolvidas por estudantes de medicina para o cuidado centrado na pessoa. Rev Inter Educ Saúde. 2022;6:e4407. <http://dx.doi.org/10.17267/2594-7907ijeh.2022.e4407>



Introdução

O método clínico baseado no modelo biomédico adota como objetos centrais a identificação e intervenção sobre a doença. Nesse modelo, seguindo uma lógica linear na qual buscamos a causa da ação de forma única, a doença é entendida como uma variação biológica anormal que é medida e classificada em grupos de forma abstrata.^{1,2}

Assim, as características psicossociais do processo saúde-doença são consideradas periféricas e de pouca relevância clínica, uma vez que o poder preditivo e a linguagem taxonômica desse método estão relacionados à sua possibilidade de abstração, que depende da descoberta de fatores comuns, não das particularidades relacionadas às experiências pessoais.¹

Embora a biomedicina continue avançando, sustentar a metáfora mecanicista e a lógica linear engendra obstáculos para os cuidados de saúde em ambientes reais. Muitas condições são complexas e multifatoriais, então a lógica linear não as captura satisfatoriamente. Além disso, o uso de novas tecnologias e medicamentos depende da aceitação e motivação do paciente, o que significa adotar um estilo de vida diferente e mudar hábitos ao longo da vida.^{1,3,4}

Nos cuidados de saúde que acontecem na vida real, o que vemos é a confluência de diferentes facetas da realidade interagindo sistemicamente e influenciando o modo de funcionar das pessoas. Compreender as interações entre os fatores causais, desencadeantes e/ou agravantes do processo saúde-doença requer um pensamento que considere a complexidade do entrelaçamento das dimensões biológica, socioeconômica, cultural e política.^{1,4,5} Nesse sentido, desenvolver uma sensibilidade apurada para apreender os fenômenos relacionados à experiência de adoecimento, sofrimento e cuidado é um desafio e precisa ser enfrentado desde o início da formação em saúde.^{3,5} Desse modo, práticas de formação médica que privilegiem e avaliem as inter-relações que configuram as questões de saúde podem ser úteis para direcionar as limitações observadas nos contextos de saúde. A integração entre ensino, pesquisa e assistência pode auxiliar nesse processo ao subsidiar a abordagem reflexiva e crítica essencial para uma prática assistencial de qualidade.^{6,7}

Nesse artigo, apresentaremos a experiência de aprendizagem adquirida em um curso introdutório de pesquisa, realizado na faculdade de medicina da Universidade Estácio de Sá (Rio de Janeiro). A partir da problematização de um caso clínico, o grupo de alunos construiu uma questão de pesquisa – qual o papel da queixa principal na anamnese médica? – e buscou refletir sobre seu objeto a partir do referencial da antropologia médica, em especial da visão do antropólogo Eduardo Menéndez.

Uma anamnese baseada exclusivamente na perspectiva biomédica limita a compreensão do fenômeno saúde-doença. Assim, o desenvolvimento de uma postura crítica em relação ao papel reservado à queixa principal na literatura médica tradicional^{8,9} revelou uma compreensão matizada da demanda do paciente e o entrelaçamento das condições socio sanitárias que a configuram, possibilitando uma consciência mais ampla do processo saúde-doença e a melhoria da assistência.¹⁰ As escolas médicas podem se beneficiar ao ensinar entrevistas focadas nas experiências das pessoas.

Metodologia

Um relato de experiência de ensino médico

Na Faculdade de Medicina da Universidade Estácio de Sá, os Seminários Integrados (SI) são ministrados ao longo dos quatro anos iniciais do curso, com duração de seis meses (um semestre) cada, e visam à integração ensino-pesquisa. Os SI são constituídos por um componente de aprendizagem ativa e um componente de investigação, ambos orientadas pelo professor orientador. A cada semestre, pequenos grupos de alunos realizam diferentes projetos, em relação a temas, métodos de pesquisa e apresentação de resultados finais. Essas particularidades dos SI relacionam-se com as demais disciplinas que compõem cada período acadêmico, e em acordo com as formações e preferências científicas dos docentes. Mais ainda, os SI buscam articular conhecimentos e habilidades esperadas para cada fase de aprendizagem relacionada e dialogar com as experiências dos alunos nos serviços de saúde.

No quarto período, os alunos iniciam o treinamento em semiologia em ambiente hospitalar. Aqui, o SI busca enfatizar a abordagem clínica (a partir de agora, denominado SI-IV). Um relato de caso clínico é elaborado pelo grupo de professores que compõem o SI-IV e é o disparador para iniciar o processo investigativo dos pequenos grupos formados por alunos e tutor. As questões são levantadas a partir da discussão do caso, evoluindo para planejamento dos métodos e estratégias de investigação, que são explorados em conjunto para a construção de um manuscrito desenvolvido pelos alunos do SI-IV.

A abordagem do SI-IV baseia-se no Ensino Baseado em Casos (EBC). Tal metodologia consiste na aplicação de casos clínicos como método de ensino para estudantes da área da saúde. Ao contrário do ensino baseado em aulas expositivas, que é centrado em uma pessoa (professor), o ensino baseado em casos envolve a exploração interativa de situações específicas da vida real. Os casos são baseados em fatos ou situações complexas, escritos para estimular a discussão e a análise colaborativa. Assim, o EBC é uma abordagem baseada no conhecimento prévio dos temas, em que discussões contextualizadas possibilitam melhor assimilação do conhecimento.^{11,12}

Esse manuscrito apresentará os resultados da pesquisa desenvolvida por um grupo de estudantes do SI-IV no segundo semestre de 2021.

Inicialmente, o grupo leu o relato do caso e logo percebeu que a anamnese não apresentava a queixa principal do paciente. Considerando a entrevista clínica como um método para compreender a experiência de saúde e adoecimento do paciente, o grupo buscou refletir sobre o papel da queixa principal na anamnese médica.

Para isso, dividimos os alunos em duplas. Cada dupla buscou referências que abordassem a questão de pesquisa levantada no primeiro encontro. Para começar, o grupo concordou em buscar publicações que abordassem o processo de entrevista médica. Cada par leu, preparou e apresentou suas descobertas nas semanas seguintes. Os resultados das duplas foram discutidos por todos os membros do grupo e pelo supervisor durante as reuniões de acompanhamento.

O papel limitado da queixa principal observada nas referências mais comuns na educação médica, levou o orientador a recomendar a leitura de textos de antropologia médica. Por fim, as anotações e observações dos alunos, feitas durante os encontros, foram reunidas em um documento compartilhado (Google Docs) que foi editado pelo grupo e serviu de base para o manuscrito final. Na próxima seção, serão apresentados o relato de caso e os resultados da revisão bibliográfica e discussões realizadas nas reuniões do seminário.

Resultados

Relato de caso - uma breve apresentação

A anamnese do SI-IV apresentou dona Ilda, 60 anos, viúva e mãe de 4 filhos, que mora no bairro da Lapa, no Rio de Janeiro. Atualmente, ela é acompanhada na Clínica da Família da Lapa, onde a equipe notou inúmeros sintomas físicos associados a doenças crônicas relacionadas à alimentação (DCRA), como diabetes tipo 2, hipertensão, doenças cardiovasculares (DCV) e obesidade. Além disso, a anamnese revelou uma paciente com histórico de problemas familiares: pai alcoólatra, mãe com necessidade de cuidados contínuos e filhos com problemas de saúde e financeiros.

Informações que provavelmente se relacionam ao sofrimento físico e emocional da paciente. No entanto, esses dados não refletem as preocupações e desafios enfrentados pela paciente. Assim, a complexidade da experiência é negligenciada, dificultando o melhor entendimento da realidade dos pacientes.

Uma revisão do processo de entrevista médica

Em seguida, o grupo trabalhou o papel da queixa principal na anamnese convencional. Com isso em mente, revisamos e discutimos a definição de queixa principal nos principais livros de referência de semiologia médica.^{8,9} Além disso, referências da “Medicina Centrada na Pessoa”^{1,2} contribuíram para as discussões sobre anamnese, proporcionando uma compreensão mais ampla para a abordagem do caso clínico.

Comparando entrevistas médicas centradas na pessoa e convencionais, ficou claro que havia uma desvalorização da queixa principal nesta última prática. Com o aprofundamento das discussões sobre a relevância da queixa principal, o grupo abraçou a diversidade de abordagens possíveis a partir da fala dos pacientes e suas consequências para a relação médico-paciente e aprofundamento do processo saúde-doença-busca de cuidados.

A queixa principal tem caráter polissêmico, relacionado à percepção e compreensão dos sintomas pelos pacientes. Da mesma forma, a queixa principal retrata as preocupações mais urgentes dos pacientes sobre seu estado de saúde e funcionamento. Assim, a queixa principal pode revelar o emaranhado de condições socio sanitárias que a configuram.^{5,10}

Na seção seguinte, apresentaremos as contribuições da antropologia médica para uma formação em semiologia matizada e seu impacto nas práticas de saúde abrangentes e situadas.

Olhando pelo buraco da fechadura - contribuições da antropologia médica para a educação médica

A antropologia médica surgiu nos Estados Unidos a partir da ideia de que era importante examinar o sistema médico de uma sociedade para entender o contexto sociocultural ao qual ela pertence. A noção de cultura que orientou os primeiros exames dessa escola de pensamento indicava um sistema fixo e homogêneo. Curiosamente, o surgimento da antropologia médica nos Estados Unidos, inicialmente visando a implementação de programas de educação em saúde, acabou ampliando o escopo do trabalho antropológico e desencadeando movimentos críticos e novas antropologias médicas em outros contextos nacionais.¹³

Por exemplo, a partir da década de 1960, sob a influência da antropologia interpretativa de Geertz, a cultura passou a ser entendida como uma construção dinâmica na qual os atores sociais dão sentido e organizam sua existência. Assim, a cultura está incorporada nas dimensões da biologia humana e da experiência vivida, pois somos seres sociais, e as formas como vivemos moldam nossos cérebros e corpos. Essa definição de cultura abrangeria aspectos ambientais – incluindo aspectos materiais,

sistemas de conhecimento e instituições –, pois são baseados em acordos compartilhados ou convenções sociais. Assim, a cultura envolve não somente modelos ou representações cognitivas, mas também conhecimentos, discursos e práticas, que podem se inscrever em padrões de interação e instituições sociais.¹⁴ Nesse quadro, o adoecimento, entendido como uma experiência imersa em um processo sociocultural, permite analisar algumas questões, entre elas, como as pessoas explicam suas doenças e a busca por atendimento.⁵

Há também outros entendimentos da cultura influenciando as práticas de saúde. A antropologia médica nos ajuda a tomar conhecimento deles. A concepção de “diferença”, por exemplo, é moldada pela ideia de cultura em que um grupo ou comunidade se distingue dos demais, seja por alguma linhagem compartilhada, origem geográfica ou outras características, por exemplo língua e religião. Esse significado de cultura inclui as noções de etnia, raça e religião.¹⁴

Outra definição de cultura refere-se à noção de cultivo, que significa que as sociedades evoluem e alcançam, por meio de processos civilizatórios, maior sofisticação da linguagem, etiqueta social, ciência e artes. Historicamente, nas sociedades europeias, essa compreensão de cultura justificou sistemas de status hierárquicos e se reproduziu, por meio da colonização, para outros povos e nações, justificando em última instância a escravidão e o estabelecimento de relações discriminatórias em relação àqueles considerados subordinados.¹⁴

Ainda hoje, essas formas de entender a cultura ressoam. Para a biomedicina, os valores do individualismo e da autonomia, enraizados nas tradições culturais ocidentais, moldaram sistemas diagnósticos e de intervenções terapêuticas com grandes repercussões na prática clínica e no estado de saúde das populações.^{3,14}

Eduardo Menéndez, antropólogo argentino, radicado no México, é um importante autor da antropologia médica crítica latino-americana.¹³ Em sua obra, defende que as diversas formas de compreensão da doença e do cuidado que operam em determinada sociedade têm raízes culturais – de natureza religiosa, étnica, política, científica –, configurando-se em modelos de cuidado diferentes da biomedicina. Embora essas diferenças existam, geralmente

são registradas e analisadas por meio de representações sociais e ideológicas, e muito menos no plano das práticas sociais, reforçando uma concepção dominante de antagonismos e não de articulações interativas entre as diferentes formas de cuidado.¹⁰

A doença e as diferentes formas de cuidado podem ser entendidas como experiências em que processos simbólicos articulam o contexto social e a realidade psicobiológica do paciente, seja pela percepção do paciente sobre a doença (illness), pelo profissional (disease), ou pela observação da interação/negociação (sickness) que permeia o processo de legitimação social do episódio.¹⁵ Existem várias maneiras de expressar preocupação. Esses modos são constituídos culturalmente no sentido de que se relacionam com determinados tipos de interação e estão associados a valores e normas relacionadas à saúde em contextos sociais específicos.⁵

Assim, o que se observa é que, sob o guarda-chuva da perspectiva biomédica, uma série de crenças em saúde e atividades assistenciais são negadas, ignoradas ou marginalizadas, apesar de serem frequentemente utilizadas por diferentes setores da população. Entre os elementos para examinar o processo de marginalização está o caráter negativo atribuído à cultura, relacionado a saberes e comportamentos folclóricos atrasados que interfeririam nos resultados das intervenções (biomédicas) em saúde.¹⁰

Eventualmente, tais conhecimentos são incluídos no planejamento das ações de saúde, nas estratégias de atenção primária ou em contextos de expansão de coberturas de baixo custo e para populações marginais.¹⁰ No entanto, o silenciamento da cultura atualizada pelos profissionais e serviços de saúde se mantém e gera afastamento dos pacientes.³

Estratégias de universalização, necessárias quando se pensa em serviços e sistemas de saúde, ou de valorização da subjetividade, importante no cotidiano dos serviços, mas muitas vezes individualizantes, podem estar muito distantes da experiência real das pessoas, tornando imprescindível considerar a dimensão sociocultural em toda a sua complexidade. Conscientes de tais incorporações limitadas, os sistemas de saúde e as instituições responsáveis pela formação dos profissionais de saúde devem promover uma perspectiva positiva das particularidades socioculturais das comunidades acompanhadas.

A antropologia médica vem incentivando (e instrumentalizando) o processo de formação médica a fim de valorizar as narrativas dos pacientes e estimular os médicos a decodificar o significado cultural e médico de tais narrativas.^{5,10}

É importante avaliar as restrições socioculturais de um indivíduo e de sua comunidade, quais são as oportunidades para expressar suas dificuldades e sofrimentos, quais outros modos de expressão seriam aceitos em seu contexto, quais são os significados pessoais de sua situação de saúde.⁵ Perguntar sobre a queixa principal permite uma investigação mais aprofundada.

Comentários finais

Este relato busca indicar possíveis linhas de pesquisa futuras a partir da discussão do caso clínico aqui apresentado. A revisão aponta para o potencial de entrevistas mais aprofundadas na educação médica. No entanto, mais pesquisas são necessárias para melhor compreender a situação brasileira.

O que aprendemos ao prestar atenção à ausência de queixa principal foi que um emaranhado de significados e preocupações se tornaria claro se nos importássemos com as palavras dos pacientes. Ao invés de fechar as possibilidades de investigação com a proposição de um diagnóstico médico definitivo, uma atitude de abertura e curiosidade em relação ao universo do paciente pode melhorar a troca de saberes e a negociação do cuidado e, portanto, o cuidado centrado na pessoa.

Agradecimentos

Os autores gostariam de agradecer aos editores e revisores da revista pelos comentários detalhados e úteis em uma versão anterior deste artigo e aos Prof. Eduardo Menéndez e Prof. Angel Martinez-Hernaez pela inspiração e generosidade.

Contribuições dos autores

Antunes MSMM, Lyra PPO, Mattos JP, Ferreira D, Catharina LB, Machado J, Lourenço MWR, Silva LLV e Ximenes VHP fizeram uma contribuição substancial, direta e intelectual para o trabalho e o aprovaram para publicação. Müller MR orientou a elaboração da experiência relatada e a redação do artigo.

Conflitos de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, em-presas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo, mas não se limitando a subvenções e financiamentos, participação em conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc.).

Referências

1. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Medicina Centrada na Pessoa - transformando o método clínico. 3a. ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.
2. Wenceslau LD, Fonseca VKT, Dutra LA, Caldeira LG. Um roteiro de entrevista clínica centrada na pessoa para a graduação médica. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2020;15(42):2154. [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2154](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2154)
3. Proença MA, Rosa AR, Cruvinel A, Müller MR. A sensibilidade na medicina - um trajeto do exame à escuta, pela mão da medicina narrativa. Diversitates. 2021;13(3):101-120. <https://doi.org/10.53357/EQFA1825>
4. Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. Ann Fam Med. 2004;2(6):576-582. <https://doi.org/10.1370/afm.245>
5. Kaplan-Myrth, N. Interpreting people as they interpret themselves: Narrative in medical anthropology and family medicine. Can Fam Physician. 2007;53(8):1268-1269. Citado em: PMID: 17872832
6. Midão CMV, Ruiz-Moreno L. O ensino da semiologia nas escolas médicas do estado do Rio de Janeiro. Rev. bras. educ. med. 2010;34(3):397-405. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022010000300009>
7. Ellery AEL, Bosi MLM, Loiola FA. Integração ensino, pesquisa e serviços em saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. Saúde Soc. 2013;22(1):187-198. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000100017>
8. Bickley LS. Bates - Propedêutica Médica. 12a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2018.
9. Porto CC, Porto AL. Exame Clínico. 8a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017.
10. Menéndez EL. Sujeitos, saberes e estruturas: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2009.
11. Williams B. Case based learning - a review of the literature: is there scope for this educational paradigm in prehospital education? Emerg Med J. 2005;22(8):577-581. <https://doi.org/10.1136/emj.2004.022707>
12. Kaur R, Kumar R, Sharma V. Case based learning as an innovative teaching tool. International Journal of Basic & Clinical Pharmacology. 2014;3(2):395-398, 2014. <https://doi.org/10.5455/2319-2003.ijbcp20140428>
13. Nunes MO. Da aplicação à implicação na antropologia médica: leituras políticas, históricas e narrativas do mundo do adoecimento e da saúde. Hist. cienc. saude-Manguinhos. 2014;21(2):403-420. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000200003>
14. Kirmayer LJ, Rousseau C, Guzder J. Introduction: the place of culture in mental health services. In: Kirmayer LJ, Guzder J, Rousseau C. Cultural Consultation. New York: Springer; 2014. p. 1-20.
15. Langdon EJ. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. Ciênc. Saude Colet. 2014;19(4):1019-1029. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.22302013>