

Percepção de Alunos de Medicina com a Dramatização: uma Experiência Pedagógica

An Educational Experience: Medical Students' Views on Roleplays

Adriana Teixeira Pereira¹
Dante Marcello Claramonte Gallian¹
Prof. Dr. Valdir Reginato¹
Maria A. Craice De Benedetto¹

PALAVRAS-CHAVE

- Métodos de Estudos da Matéria Médica;
- Humanização da Assistência;
- Comunicação em Saúde;
- Cuidados Médicos.

KEYWORDS

- The Methods of Study;
- Humanization of Assistance;
- Health Communication;
- Medical Care.

RESUMO

O objetivo deste estudo é compreender a percepção dos alunos do segundo ano de Medicina acerca das práticas pedagógicas relacionadas à relação médico-paciente empregadas pela disciplina de Psicologia Médica numa universidade pública em São Paulo nos anos 2013-2015. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, baseada na análise de conteúdo temático-categorial de narrativas obtidas por meio de entrevistas semiestruturadas. Quatro categorias emergiram das narrativas: a percepção dos alunos; as repercussões emocionais; as expectativas dos discentes; e propostas para aprimorar o modelo pedagógico adotado. O role-playing mostrou-se um instrumento de experiência de sensações algumas vezes prazerosas e outras nem tanto, mas que pôde colaborar na preparação dos estudantes para sua futura relação com os pacientes. Os alunos preferiram discutir casos reais e não fictícios, se possível com a participação de médicos formados.

ABSTRACT

The purpose of this study is to understand second-year medical students' views on pedagogical practices related to the doctor-patient relationship administered under the subject of Medical Psychology at a public university in São Paulo from 2013-2015. A qualitative research project, the study focused on content analysis of narratives obtained from semi-structured interviews. Four categories emerged from the narratives: students' perceptions; emotional repercussions; students' expectations; and proposals for improving the pedagogical model adopted. Role-playing proved to serve as an instrument for experiencing emotions that were sometimes pleasant and sometimes unpleasant, but that could help prepare students for their future relationships with patients. Students preferred to discuss real-life instead of fictitious cases with the participation of trained doctors.

Recebido em: 31/01/2015

Aprovado em: 04/01/2016

INTRODUÇÃO

Na condição humana, comunicar-se é um vínculo necessário à sobrevivência e ao desenvolvimento pessoal. Desde sempre, a comunicação é o elo que nos mantém socialmente vinculados diante de atitudes que se constituíram em costumes, hábitos e crenças que forjaram diferentes culturas ao longo da história. As relações da comunicação de vínculo familiar se estenderam à comunidade, às sociedades e atualmente encontram-se na sua forma globalizada¹.

Comunicamo-nos desde o hábitat onde moramos, até onde trabalhamos, nos divertimos, aprendemos e viajamos. Dentre esses vínculos, o universo da saúde se apresenta como terreno peculiar da comunicação. Nele, o ser humano se apresenta fragilizado, necessitado da ajuda dos demais, e é onde encontraremos a figura daquele que o socorre. Este binômio histórico desenvolveu o vínculo humano que deu origem à relação médico-paciente, onde a confiança e o desenvolvimento de meios para poder ajudar constituíram a história da medicina, e cada vez mais vem ganhando espaço na literatura médica, nos âmbitos nacional e internacional².

Nas últimas décadas, o acelerado desenvolvimento científico-tecnológico incrementou uma grande quantidade de instrumentos no sentido de ajudar aquele que sofre. Contudo, paradoxalmente, a utilização inadequada desses mesmos instrumentos distanciou a percepção da pessoa do paciente por parte do profissional que o assiste. Num processo de despersonalização, o paciente foi progressivamente fragmentado na sua assistência. Este fato, denominado desumanização, veio constituir o grande desafio a ser vencido nesta virada de século. E este desafio inicia-se nos bancos da universidade. Esta problemática é um estímulo para os docentes do curso médico, responsáveis por preparar os alunos para a realização da entrevista médica logo nos primeiros anos da formação acadêmica³.

O modelo pedagógico interativo de ensino das técnicas de comunicação aos alunos dos cursos da área da saúde tem sido um grande foco de interesse dos pesquisadores na atualidade, pois se exige uma ampliação de habilidades técnicas, comportamentais, psicoemocionais, relacionais e comunicacionais dos alunos, as quais serão necessárias ao futuro desempenho do exercício profissional. É possível desenvolver e aprimorar essas competências nos estudantes por meio de um processo de ensino-aprendizagem prático e vivencial ao longo da formação acadêmica^{4,5}.

As Diretrizes Nacionais dos Cursos de Graduação de Medicina enfatizam a relevância social da comunicação na relação entre médico-paciente em seus diferentes aspectos, conforme se lê a seguir:

Artigo 4 – Parágrafo III – Comunicação: “os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação.”⁶

Da mesma forma, estudos apontam a valorização do tema nas políticas públicas de saúde de acordo com a cultura e currículo médico local^{7,8,9}. Assim, torna-se necessário maior investimento no treinamento das entrevistas clínicas desde a formação acadêmica, a fim de facilitar o aprendizado dos estudantes na área da saúde frente à prática comunicacional e relacional¹⁰⁻¹⁵.

Neste cenário, não podemos negar a importância da avaliação do currículo médico segundo a reflexão dos próprios alunos de Medicina, que são o objetivo central nesta formação. Tal importância se deve ao fato de os estudantes, futuros médicos, estarem diretamente envolvidos na construção da própria identidade profissional¹⁶⁻²⁰. Nesta linha, é fundamental discutir os problemas político-pedagógicos vivenciados pelas instituições acadêmicas ao longo do processo de ensino-aprendizagem durante a graduação médica, como, por exemplo, o papel da docência e da educação continuada^{21,22,23}.

Nas últimas décadas, o modelo de aprendizado alicerçado na transmissão direcionada do conhecimento professor-aluno passou a privilegiar os trabalhos que promovam maior interatividade entre docentes e discentes. Quando promovida em trabalhos de grupos que inter-relacionam teoria e prática durante o processo de ensino-aprendizagem das técnicas de comunicação verbal e não verbal, a construção do conhecimento é obtida de forma coletiva, interativa e facilitadora, o que tem sido relatado como fator de motivação dos alunos²⁴⁻²⁸.

O modelo pedagógico que favorece a interação docente-discente numa reflexão que facilite ao estudante elaborar conceitos pertinentes à sua formação médica num contexto mais amplo tem sido empregado em diferentes áreas que surgiram na saúde. Com o intuito de valorizar o modelo biopsicossocial – isto é, não focar apenas os sintomas e as doenças físicas (modelo biomédico), mas, sim, “ampliar a visão da esfera do ser”²⁹ –, surgem a Psicologia da Saúde, a Medicina Psicossomática e a Psicologia Médica, em que os aspectos psicoemocionais e culturais da pessoa se associam na avaliação da dimensão da qual ele enfrenta algum tipo de enfermidade³⁰⁻³⁴.

Neste contexto, promover um processo facilitador de ensino-aprendizagem que se desenvolva mediante a articulação entre a academia e o contato com a comunidade é um dos

principais objetivos da grade curricular. É preciso promover a aproximação dos estudantes de Medicina com a vida cotidiana das pessoas, propiciando um olhar crítico voltado a uma reflexão acerca da situação de saúde da população e dos serviços de saúde^{35,36,37}. As atividades práticas durante a graduação médica tendem a favorecer nos estudantes a adesão de novos conhecimentos, como também propiciam maior autonomia frente à tomada de decisões por meio das discussões de casos clínicos³⁸⁻⁴³.

Atualmente, a disciplina Psicologia Médica apresenta-se no currículo regular (não opcional) do primeiro ao quinto ano do curso de Medicina numa universidade pública de São Paulo e é desenvolvida em pequenos subgrupos de 20 alunos de forma prática, vivencial e interativa. A principal meta é prepará-los para a prática da entrevista médica. O aprendizado está pautado no estudo da relação interpessoal e na importância da qualidade da comunicação na relação médico-paciente^{44,45}.

Partindo da ideia de educação continuada, objetivam-se novas iniciativas para tentar oferecer um programa de ensino qualificado ao longo da graduação do curso médico de forma satisfatória. A ideia é continuar propondo a inter-relação entre teoria e prática logo no início da formação médica⁴⁶.

O objetivo desta atividade prática é ampliar competências e habilidades técnicas, comportamentais, psicoemocionais, relacionais e comunicacionais dos estudantes. A formação médica não pode estar restrita ao conhecimento técnico de determinado procedimento em que não ocorra a participação de outros seres humanos. Ser médico exige associar uma habilidade técnica inserida na contextualização de percepções afetivo-emocionais inerentes a todas as pessoas. Portanto, trabalhar os aspectos da comunicação verbal e não verbal e enfatizar o respeito ao estilo pessoal de cada aluno-entrevistador são aspectos fundamentais na prática clínica em circunstâncias difíceis, a exemplo da comunicação de más notícias⁴⁷.

Vale ressaltar que neste artigo iremos focar apenas a questão didática e metodológica do processo de ensino-aprendizagem das aulas de Psicologia Médica (filmagens das dramatizações) no que concerne às técnicas de comunicação na relação médico-paciente de forma breve e sucinta, porém, aprofundada, tendo em vista a inspiração e o sucesso de várias pesquisas publicadas na área sobre esse tema relevante.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo é compreender a percepção dos alunos do segundo ano de Medicina acerca das práticas pedagógicas relacionadas à relação médico-paciente ministradas pela disciplina de Psicologia Médica numa universidade pública em São Paulo nos anos 2013-2015.

MÉTODOS

Esta investigação em campo foi realizada ao longo de um semestre da disciplina Psicologia Médica durante um período de seis meses. Optou-se por métodos qualitativos, dada a natureza das questões a serem investigadas.

A metodologia de ensino adotada desenvolveu-se ao longo de seis horas, distribuídas em três reuniões com duração de duas horas, cujo foco principal é a entrevista médica. Como recursos materiais foram utilizados uma sala ampla, uma televisão, uma filmadora, um gravador de áudio e material didático. Representando os recursos humanos, contamos com um coordenador (médico), um professor (psicólogo), três professores assistentes de programas de pós-graduação e 20 alunos por turma.

Cada reunião se voltou para temas específicos, conforme descrito a seguir:

- Primeira reunião: fase de recepção – acolhimento do paciente;
- Segunda reunião: fase exploratória – histórico de vida, solicitação de exames;
- Terceira reunião: fase resolutiva da entrevista – resultados dos exames, diagnóstico, tratamento (intervenção e encaminhamento).

A abordagem das aulas teve como enfoque principal a atividade prática e a construção coletiva do conhecimento por meio das discussões. A prática dramática foi realizada por meio da técnica de *role-playing* (jogo de papéis) e envolveu a participação dos discentes-docentes. As cenas foram filmadas e, em seguida, todos os participantes assistiram às apresentações na íntegra, na mesma reunião, o que permitiu uma observação detalhada das percepções sobre postura, linguagem, e comunicação verbal e não verbal de cada aluno-entrevistador.

Os dados foram obtidos das seguintes fontes: observação participante, com composição de diário de campo a cada encontro semanal; *insights* advindos das reuniões e supervisões com a equipe responsável pela disciplina de Psicologia Médica; entrevistas individuais semiestruturadas de 28 estudantes.

Em relação ao tamanho da amostragem, adotou-se o critério de saturação⁴⁸, significando que, à medida que se repetiam os temas com maior frequência, estes foram sintetizados para maior compreensão dos objetivos propostos neste trabalho de cunho qualitativo.

Os dados coletados foram analisados e discutidos de acordo com Bardin⁴⁹. A análise de conteúdo pauta-se pelas ciências humanas, possibilitando diversos olhares sobre o conteúdo verbalizado. É um conjunto de técnicas de tratamento de dados que possibilita analisar comunicações com o intuito de desvelar o que está oculto e implícito, permitindo colocar em

evidência o encoberto, medindo o discurso político e verificando as redes das comunicações formais e informais de uma instituição.

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (p.42)⁴⁹

Esta pesquisa qualitativa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) sob o nº 257.039, sendo aprovado pelo parecer substanciado nº 269.004. O número de registro na Sisnep CAAE é 14330513.9.0000.5505. Este projeto de mestrado ocorreu entre os anos 2013-2015 e atende à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre os estudos envolvendo seres humanos. As entrevistas foram gravadas com a anuência dos participantes, sendo que todos os discentes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tendo sido informados de que o anonimato seria preservado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta pesquisa procurou abarcar uma condição em que a disciplina de Psicologia Médica se lançou a este desafio com o envolvimento de seus docentes ao coletar críticas e sugestões de estudantes do segundo ano de Medicina mediante entrevistas semiestruturadas. Uma vez colhidos e analisados os dados, os resultados apontaram quatro categorias temáticas e 16 subcategorias, em que os estudantes apresentaram diversas opiniões sobre as aulas práticas, vivenciais e interativas.

Na primeira categoria de análise, denominada “a percepção dos alunos”, foram apresentadas as seguintes subcategorias: metodologia das aulas práticas com *role-playing* e vídeo *feedback* interativo; dissociação entre teoria e prática no processo ensino-aprendizagem (pacientes reais e fictícios); comunicação verbal e não verbal na relação humanizada entre médico e paciente; participação de todos os alunos; visão integral do cuidado na abordagem biopsicossocial.

A metodologia interativa, que propicia a troca de experiências, serviu como modelo de ensino-aprendizagem vantajoso, que estimula a reflexão e a discussão de casos clínicos, conforme citado pela literatura⁵⁰⁻⁵⁴:

[...] Inusitado! Na verdade, não imaginaria que na graduação a gente tivesse uma experiência desse tipo. Porque, antes mesmo de você ter o contato com o paciente, aqui nas aulas você aprende a se comportar, mesmo sem ter algum contato

com ele na prática. Foi bem curioso, útil e proveitoso... (Participante 2)

No entanto, tais reações nos mostram o desafio representado pela introdução de modelos que transcendem as aulas formais e que exigem maior grau de reflexão e participação ativa dos estudantes. Isto provocou surpresa a ponto de alguns se sentirem incomodados pela experiência realizada.

[...] Algumas pessoas incomodadas perdiam a paciência, mas o tempo era limitado, parecia que, quando a discussão estava começando, aí quebrava, terminava, demorava um bom tempo para as pessoas se desinibirem e, quando começavam a falar, aí o tempo acabava, cortava a discussão... (Participante 16)

Por outro lado, os estudantes demonstraram compreender a necessidade de estudar a comunicação na relação médico-paciente como processo essencial durante a formação médica. Revelaram que a comunicação é a base para propiciar um atendimento de qualidade aos pacientes e familiares. Alguns valorizaram, para o aprendizado, a participação com pacientes fictícios. Contudo, na percepção de outro grupo, um dos fatores determinantes do sucesso do ensino-aprendizagem é a realização de práticas metodológicas e didáticas que se baseiem em experiências de casos verídicos em ambientes reais, como situações que poderiam tornar o ensino mais efetivo.

[...] Foi legal. Não descarto essa experiência, mas poderia ter aprendido mais. Acho que mesmo agora, no segundo ano, poderiam levar a gente para cenários mais reais ou trazer profissionais que contem suas experiências e expliquem como conduzir uma entrevista ou consulta... (Participante 15)

[...] É papel da equipe da Psicologia Médica enfatizar a participação de todos, porque nem todos participam. Eu acho que ela deveria não obrigar, até porque acho pesada a palavra “obrigar”, mas tentar! Acho que dessa forma a discussão fica mais rica e produtiva... (Participante 2)

[...] Na clínica eles focam o modelo biomédico, verifiquem a doença e receitem o remédio, porque o seu tempo será entre 7 e 15 minutos. É contraditório o ensino da clínica com as aulas. Já na Saúde Coletiva, eles falam pra gente focar a realidade psicossocial... (Participante 12)

Nestas condições, as aulas de comunicação são um ponto de referência para uma abertura que procura conciliar a importância do trabalho numa abordagem biopsicossocial e, portanto, que exige a interdisciplinaridade – Medicina, Psi-

quiatria, Psicologia, Enfermagem, entre outros campos de atuação –, enfatizando a abordagem integral do cuidado humanizado ao paciente e à comunidade; valorizando os aspectos afetivo-emocionais dos envolvidos neste processo⁵⁵; e compatibilizando seus objetivos com as solicitações elencadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação de Medicina⁶.

Na segunda categoria de análise, sobre “as repercussões emocionais dos alunos” frente à dinâmica das aulas de Psicologia Médica, foram apresentadas as seguintes subcategorias: experiências prazerosas e experiências desprazerosas.

A atividade foi percebida, por alguns, como satisfatória pela possibilidade de estimular reflexões prazerosas provocadas por discussões marcantes procedentes dos impactos e ressonâncias oriundos do trabalho grupal. A experiência acadêmica “prazerosa” surge da discussão de assuntos sérios de forma lúdica, o que favoreceu o processo de ensino-aprendizagem⁵⁶.

[...] Eu me diverti muito, atuei como um paciente nervoso e foi muito legal. Eu gosto da coisa lúdica, teatral, conversar, aula mais informal onde tudo mundo participa; criticam, todos sentam em círculo; eu gosto desse modelo quando dá, então, gostei muito... (Participante 13)

Por outro lado, as pessoas apresentaram maior resistência frente às aulas práticas, devido ao medo de exposição e crítica perante o grupo. Assim, as cenas dramatizadas se tornaram obstáculos no processo de ensino-aprendizagem^{32,33}. Este fato foi verificado na experiência das aulas de Psicologia Médica, avaliadas como desprazerosas, insatisfatórias, ou seja, uma prática isolada, sem objetivos claros, comuns e definidos. Esse desinteresse ocorreu principalmente por parte de alguns estudantes que esperavam uma orientação mais direta dos professores e que perceberam as aulas como uma “caricatura” aplicada “com pouca técnica”, pela simulação do encontro clínico fictício.

[...] Ficou muito caricatural, mas também não sei de que forma isso poderia ser consertado. Achei que os temas eram óbvios, como se apresentar, falar, olhar, conversar com o paciente. Mas eu concordo em que isso deve ser treinado na faculdade, faz parte do perfil do médico, da educação dele... (Participante 11)

Tanto a literatura quanto as narrativas indicaram situações angustiantes vividas pelos alunos no período de transição da formação acadêmica e das expectativas profissionais. É preci-

so dar atenção e medir esforços a fim de promover mudanças na prática docente quanto à valorização das perspectivas dos discentes sobre as transformações curriculares e institucionais necessárias à revisão das estratégias pedagógicas^{32,33}.

Na terceira categoria de análise, sobre “a discussão a respeito das expectativas dos alunos para o seu desempenho futuro”, frente à escolha da carreira profissional médica, foram elencadas quatro subcategorias: motivações e desmotivações do médico; o processo de comunicação na relação médico-paciente; modelo biomédico/biopsicossocial; sistema de saúde público e privado.

Alguns autores, em nosso meio, têm trabalhado a ansiedade do estudante de Medicina desde a sua entrada na faculdade até as perspectivas de um profissional em atuação. Além da pressão social, existe o medo de não corresponder às expectativas dos pais, como também há forte concorrência por uma vaga na graduação médica. O discente, esperançoso e motivado pelos próprios sonhos a se tornar um médico reconhecido e a ajudar o outro, vivencia a realidade dos primeiros momentos da faculdade com dúvidas, inseguranças e frustrações. Tais sentimentos predominam ao longo da formação acadêmica, gerando novos sentidos e significados^{57,58,59}.

Nesta relação de ajuda entre médico e paciente, existe, além das expectativas de atuação profissional, a fantasia representada pelo *status* social de “salvador”, aquele que influencia o processo de cura, entre a vida e a morte do enfermo. E essa questão está também associada à ascensão profissional, diante da possibilidade de se tornar um profissional independente e estável financeiramente, numa posição de destaque social⁶⁰.

[...] Minhas expectativas em relação à futura prática médica sempre são as melhores! Quero transferir tudo que eu aprendi. Quero estabelecer um bom vínculo com os pacientes e extrair informações que preciso da maneira menos incômoda possível... (Participante 27)

Conforme a perspectiva do participante 13, o treino das técnicas de comunicação na relação médico-paciente durante as aulas foi positivo, pois vai além do ensino de princípios teóricos que se distanciam da prática real. A narrativa a seguir pontuou que a educação médica fez essa aproximação ao articular teoria e prática durante o processo de ensino-aprendizagem na disciplina de Psicologia Médica. O modelo de atendimento assistencial sugerido pela Psicologia Médica é o biopsicossocial, e, uma vez ancorado esse conhecimento, deu-se ao aluno a possibilidade de adoção e ampliação de intervenções humanizadas com o paciente e a família.

[...] Eu já entrei no curso com um perfil humanista e preocupado com a comunicação, olhar no olho, cuidar do paciente; entrei querendo cuidar de pessoas e não de doenças. Então, a repercussão é focar esta necessidade de se fazer isso, estas coisas e não de forma mecânica... (Participante 13)

Não faltaram considerações sobre o cenário atual envolvendo a assistência à saúde nos âmbitos público e privado. As narrativas revelam os desafios que se apresentam ao futuro profissional diante do impasse na medicina moderna, na qual temos uma relação de consumismo no setor da área da saúde privada. Por outro lado, a insatisfação geral com o atendimento à saúde no setor público, com uma vasta demanda reprimida e limites de recursos, gerou nos alunos uma visão desmotivacional quanto à atuação neste setor.

[...] Eu percebo que no consultório particular na consulta de uma hora você vê um bom atendimento, top, ou seja, é luxo! Na realidade, quando você vai ao médico no setor público, reclama de dor de cabeça ou gripe, o cara só vai te medicar e nada mais... (Participante 12)

As expectativas em relação ao futuro profissional verbalizadas pelos alunos foram influenciadas pelos primeiros contatos com os desafios da realidade acadêmica, o que indica que os problemas são perceptíveis logo no início do curso médico. Portanto, é necessário formular novas propostas de estratégias pedagógicas de ensino, a fim de minimizar as angústias dos estudantes^{61,62}.

Tanto as narrativas dos alunos em nossa pesquisa quanto a literatura especializada apontam a necessidade de reestruturar a grade curricular e rever as estratégias pedagógicas empregadas na graduação de Medicina para melhor distribuir a carga horária ao longo do processo de formação, como também, aprimorar o treinamento das más notícias^{63,64}.

Na quarta categoria de análise, sobre “as novas propostas dos alunos sobre a prática metodológica da Psicologia Médica”, foram apresentadas seis subcategorias: rever o número de participantes por turma; mudar o espaço físico (local); pontuar a assiduidade, frequência e pontualidade; conciliar teoria e prática (casos reais e fictícios); rever as dramatizações e filmagens; rever a carga horária da disciplina e a grade curricular do curso médico.

[...] Diminuiria os números de participantes em grupo para não gerar tanta ansiedade frente ao grupo grande. No começo da aula, acho que tem de deixar a turma mais solta. E quem for de fato participar deve agir de maneira normal e espontânea. Eu aumentaria o número de filmagens... (Participante 1)

[...] Mudaria o espaço físico porque é longe; a carga horária, porque eu acho que duas horas são poucas, em vez de ser das 10h às 12h, eu colocaria das 8h às 12h. Desta forma, teria mais tempo para as discussões... (Participante 10)

[...] Outra ideia é trazer alguém próximo a nós, um residente, um interno, um médico externo para compartilhar das experiências para explicar para a gente como é que se fala com o acompanhante e trazer casos reais para discutir... (Participante 10)

[...] Minha sugestão é continuar fazendo inicialmente o role-playing que a gente já faz no segundo ano, e depois continuar no quarto e/ou quinto ano, quando a gente já estiver atendendo os pacientes reais; ter alguém observando a forma como a gente atende e conversa com os pacientes... (Participante 20)

As pesquisas afirmam que o treinamento das habilidades comunicacionais deve ser aprimorado durante a formação médica. Nesse processo, é indicado que o estudante aprenda a estabelecer uma relação interpessoal de parceria com o paciente durante o encontro clínico a fim de facilitar essa proximidade com ele^{65,66}.

A proposta deve se expandir para uma análise de todo o contexto institucional em relação ao ensino médico atual, e não apenas responsabilizar uma pequena amostra dos envolvidos neste cenário pedagógico. Para isto, é fundamental compreender que estas iniciativas não são somente dos docentes, mas também das instituições de ensino superior, para a garantia de educação continuada também na formação pedagógica de seus professores de forma permanente e adequada⁶⁷⁻⁷⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das entrevistas permitiu detectar a experiência afetiva marcante nos estudantes em trabalhar com a importância da comunicação na relação médico-paciente e os aspectos relacionados ao processo saúde-adoecimento com o emprego da técnica de dramatização. Apesar disto, um grupo de alunos preferiu o modelo de aulas teóricas, em que os estudantes esperam encontrar respostas mais convincentes dos docentes na indicação de decisões a serem tomadas.

Para alguns alunos, a filmagem das dramatizações foi considerada um recurso facilitador em termos de *feedback* dos professores sobre a prática da entrevista clínica simulada pelos alunos. Para outros participantes, tal medida foi inibidora, o que dificultou a participação integral de toda a turma.

Foi consensual a necessidade de reformular o formato das aulas, inclusive a carga horária, adequar o espaço físico, rever

a metodologia e didática das aulas, assim como o número de participantes por turma e, principalmente, a quantidade de filmagens das dramatizações. Os alunos sugeriram a participação de um médico, residente (externo à disciplina) ou um aluno do internato para que compartilhe suas experiências, como também uma visita externa ao hospital-escola para discutirem casos reais e não fictícios.

Diante da diversidade de opiniões, percebe-se que este estudo representou uma oportunidade de manifestação de ideias e opiniões dos alunos, num processo de reflexão pessoal sobre ideais e expectativas de atuação profissional futura nas circunstâncias do sistema de saúde atual, público e privado. Estas reflexões desencadearam angústias e ansiedades assinaladas pelos estudantes frente à formação médica, que devem ser amparadas, quando necessário, por suporte psicológico.

Espera-se que o compartilhamento da análise dos resultados encoraje o uso deste estudo como ferramenta em futuras pesquisas e que contribua para que os profissionais ligados às atividades docentes persistam na busca por uma educação médica de qualidade.

REFERÊNCIAS

- Matta GC, Moreno AB. Saúde global: uma análise sobre as relações entre os processos de globalização e o uso dos indicadores de saúde. *Interface (Botucatu)* 2014; 18(48):9-22.
- Sucupira AC. A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. *Interface (Botucatu)* 2007; 11(23):624-7.
- Ramos DLP. *Bioética: pessoa e vida*. São Caetano do Sul, SP: Difusão, 2009.
- Aragão JCS, Silveira COS, Hungria MMH, Oliveira MP. O uso da técnica de role-playing como sensibilização dos alunos de medicina para o exame ginecológico. *Rev Bras Educ Méd* 2009; 33(1):80-3.
- Riera JRM, Cibanal JL, Mora MJP. Usando o role-playing na integração do conhecimento no processo ensino-aprendizagem em enfermagem: avaliação dos alunos. *Texto Contexto Enferm* 2010; 19(4):618-26.
- Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Resolução CNE/CES 4/2001. Brasília: Ministério da Educação; 2001.
- Araújo IS, Cardoso JM. Comunicação e saúde. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(5):1195-7.
- Pitta AMR, Magajewski FRL, Liberali FR. Políticas nacionais de comunicação em tempos de convergência tecnológica: uma aproximação ao caso da Saúde. *Interface (Botucatu)* 2000; 4(7):61-70.
- Yedidia MJ, Gillespie CC, Kachur E, Schwartz MD, Ockene J, Chepaitis AE, et al. Effect of communications training on medical student performance. *JAMA* 2003; 290(9):1157-65.
- Colares MFA, Andrade ASA. Atividades grupais reflexivas com estudantes de medicina. *Rev Bras Educ Méd* 2009; 33(1):101-14.
- Kaufman A. Reflexões sobre educação médica: uma abordagem sociocômica. São Paulo; 1998. Doutorado [Tese] – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- Santos JO. Contribuição ao estudo dos valores, finalidades e objetivos da educação médica. *Rev Bras Educ Méd* 1987; 11(1):5-11.
- Beltrame RL. A formação do médico: um debate à luz das Diretrizes Curriculares Nacionais. São Paulo; 2006. Doutorado [Tese] – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Monteiro S, Vargas E. Educação, comunicação e tecnologia educacional: interfaces com o campo da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
- Brasil. Ministério da Educação. Escolas promotoras de saúde: experiências no Brasil. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2007.
- Gomes MHA. Tradição e progresso técnico: a medicina e o ensino médico na Escola Paulista de Medicina. São Paulo; 1992. Mestrado [Dissertação] – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Rossi OS, Batista NA. O ensino da comunicação na graduação em medicina: uma abordagem. *Interface (Botucatu)* 2006; 10(19):93-102.
- Pimenta SG, Anastasiou LC. *Docência no ensino superior*. São Paulo: Cortez; 2005.
- Dubar C. A socialização: construção das identidades sociais e profissionais. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- Pagnez KSMM. O ser professor do ensino superior na área da saúde. São Paulo; 2007. Doutorado [Tese] – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Silva, JGS. Educação médica: construindo a profissionalidade. São Paulo; 2003. Doutorado [Tese] – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Costa NMSC. A formação e as práticas educativas dos professores de medicina: uma abordagem etnográfica. São Paulo; 2005. Doutorado [Tese] – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Wahba LL. Relação médico-paciente: subsídios da psicologia para a educação médica. São Paulo; 2001. Doutorado [Tese] – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

24. Martins MCFN. Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
25. Arruda BKG. A educação profissional em saúde e a realidade social. Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP); 2001.
26. Perdicaris AAM. Comunicação médica e competência interativa: uma visão semiótica. São Paulo; 1995. Doutorado [Tese] – Pontifícia Universidade de São Paulo.
27. Santos JB, Pires LL, Silva AE, Castro CN. Reflexões sobre o ensino de semiologia clínica. *Rev Bras Educ Méd* 2003; 27(2):147-52.
28. Coelho JT. A cultura como experiência. In: Ribeiro RJ, org. Humanidades: um novo curso na USP. São Paulo: Edusp; 2001. p.65-101.
29. Sampaio RF, Luz MT. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(3):475-83.
30. Humphris GM, Kaney S. The objective structured video exam for assessment of communication skills. *Med Educ (Oxford)* 2000; 34(11):939-45.
31. Silva Júnior GB, Duarte RP, Menezes AR, Morais AP, Alves AM, Daher EDF. Percepção dos pacientes sobre aulas práticas de medicina: uma outra ausculta. *Rev Bras Educ Méd* 2014; 38(3):381-7.
32. Maguire P, Fairbairn S, Fletcher C. Consultation skills of young doctors: I--Benefits of feedback training in interviewing as students persist. *BMJ* 1986; 292(6535):1573-6.
33. Nilsen S, Baerheim A. Feedback on video recorded consultations in medical teaching: why students loathe and love it – a focus-group based qualitative study. *BMC Med Educ* 2005; 5:28.
34. Bascunan RM. [Changes in physician-patient relationship and medical satisfaction]. *Rev Med Chil* 2005; 133(1):11-6.
35. Grosseman S. Satisfação com o trabalho: do desejo à realidade de ser médico. Florianópolis; 2001. Doutorado [Tese] – Universidade Federal de Santa Catarina.
36. Grosseman S, Patrício ZM. A relação médico-paciente e o cuidado humano: subsídios para a formação da educação médica. *Rev Bras Educ Méd* 2004; 28(2):99-105.
37. Sisson MC. Identidades profissionais na implantação de novas práticas assistenciais. *Rev Bras Educ Méd* 2009; 33(1):116-22.
38. Waitzkin H. Doctor-patient communication. Clinical implications of social scientific research. *JAMA* 1984; 252(17):2441-6.
39. Tonhom SFR, Higa ER, Pinheiro OL, Hafner MLMB, Moreira HM, Taipeiro EF, et al. Indicadores de avaliação do cuidado individual: subsídios para a formação médica orientada por competência. *Rev Bras Educ Méd* 2014; 38(3):331-6.
40. Machado MMBC, Batista SHSS. Interdisciplinaridade na construção dos conteúdos curriculares do curso médico. *Rev Bras Educ Méd* 2012; 36(4):456-62.
41. Furlanetto E. A formação de professores: aspectos simbólicos de uma pesquisa interdisciplinar. In: Severino AJ, Fazenda IA, org. Formação docente: rupturas e possibilidades. Campinas: Papirus; 2002. p.69-82.
42. Roter DL, Larson S, Shinitzky H, Chernoff R, Serwint JR, Adamo G, et al. Use of an innovative video feedback technique to enhance communication skills training. *Med Educ (Oxford)* 2004; 38(2):145-57.
43. Cyrino EG, Rizzato ABP. Contribuição à mudança curricular na graduação da Faculdade de Medicina de Botucatu. *Rev Bras Saúde Mater Infantil* 2004; 4(1):59-69.
44. Garcia MAA, Pinto ATBCS, Odoni APC, Longhi BS, Machado LI, Linek MLS, et al. A interdisciplinaridade necessária à educação médica. *Rev Bras Educ Méd* 2007; 31(2):147-55.
45. Trindade EMV, Almeida HO, Novaes MR, Versiane ER. Resgatando a dimensão subjetiva e biopsicossocial da prática médica com estudantes de medicina: relato de caso. *Rev Bras Educ Méd* 2005; 29(1):48-50.
46. Sayd JD, Andrade SD, Ribeiro MPD. O aprendizado de semiologia em um currículo tradicional. *Rev Bras Educ Méd* 2003; 27(2):104-13.
47. Jucá NBH, Gomes AMA, Mendes LS, Gomes DM, Martins BVL, Silva CMGC, et al. A comunicação do diagnóstico sombrio na relação médico-paciente entre estudantes de medicina: uma experiência de dramatização na educação médica. *Rev Bras Educ Méd* 2010; 34(1):57-64.
48. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(1):17-27.
49. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1995.
50. Machado NJ. Conhecimento e valor. São Paulo: Moderna; 2004.
51. Lazarini CA, Francischetti I. Educação permanente: uma ferramenta para o desenvolvimento docente na graduação. *Rev Bras Educ Méd* 2010; 34(4):481-6.
52. Freire P. Educação como prática da liberdade. São Paulo: Paz e Terra; 2007.
53. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1997.
54. Puccini RF, Sampaio LO, Batista NA. A formação médica na Unifesp: excelência e compromisso social. São Paulo: Ed. Unifesp; 2008.

55. Batista NA, Batista SH, Abdalla IG. Ensino em saúde: visitando conceitos e práticas. São Paulo: Arte & Ciência; 2005.
56. Millan LR. O curso médico no Brasil. In: Millan LR, Rossi E, De Marco OLN, Arruda PCV, org. O universo psicológico do futuro médico: vocação, vicissitudes e perspectivas. São Paulo: Ed. Casa do Psicólogo; 1999. p. 31-42.
57. Millan LR, Arruda PCV. Assistência psicológica ao estudante de medicina: 21 anos de experiência. Rev Ass Med Bras 2008; 54(1):90-4.
58. Villela ALDH. O desenvolvimento da identidade médica. In: Mello Filho J, org. Identidade médica. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006. p.161-89.
59. Mello Filho J. Depoimento de Julio Mello Filho ao GRAPAL. In: Millan LR, De Marco OLN, Rossi E, Arruda PCV, org. O universo psicológico do futuro médico: vocação, vicissitudes e perspectivas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999. p. 260-7.
60. Martins AL. Residência Médica: um estudo prospectivo sobre dificuldades na tarefa assistencial e fontes de estresse. São Paulo; 1999. Doutorado [Tese] – Universidade de São Paulo.
61. Araújo D, Peixinho AL. Avaliação qualitativa em medicina: experiência em propedêutica médica na UFBA. Rev Bras Educ Méd 2006; 30(2):20-30.
62. Castro, FC. Os temores na formação e prática da medicina: aspectos psicológicos. Rev Bras Educ Méd 2004; 28(1):38-45.
63. Costa NMSC. Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar? Rev Bras Educ Méd 2007; 31(1):21-30.
64. Victorino AB, Nisenbaum EB, Gibello J, Bastos MZN, Andreoli PBA. Como comunicar más notícias: revisão bibliográfica. Rev SBPH 2007; 10(1)53-63.
65. Garcia MAA, Silva ALB. Um perfil do docente de medicina e sua participação na reestruturação curricular. Rev Bras Educ Méd 2011; 35(1):58-68.
66. Dubé CE, O'Donnell JF, Novack DH. Communication skills for preventive interventions. Acad Med 2000; 75(7):45-54.
67. Higa EFR, Hafner MLMB, Tonhom SFR, Taipeiro EF, Moreira HM, Guimaraes APC, et al. Indicadores de avaliação em gestão e saúde coletiva na formação médica. Rev Bras Educ Méd 2013; 37(1):52-9.
68. Almeida Filho N, Santana LAA, Santos VP, Coutinho D, Loureiro S. Formação médica na UFSB: I. Bacharelado interdisciplinar em saúde no primeiro ciclo. Rev Bras Educ Méd 2014; 38(3):337-48.
69. Foresti MCPP, Pereira MLT. Qualidade da docência universitária e formação docente em programas de pós-graduação em saúde: a experiência da Unesp, campus Botucatu. In: Batista NA, Batista SHSS, org. Docência em saúde: temas e experiências. São Paulo: Senac; 2004. p. 210-23.
70. Reginato R, De Benedetto MAC, Blasco PG, Gallian DMC. Humanismo: pré-requisito ou aprendizado para ser médico? Rev Bras Medic 2014; 70(4):10-15.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Adriana Teixeira realizou a pesquisa de campo e realizou análise visando dissertação de mestrado no programa de pós-graduação em Ensino em Ciências da Saúde, sob a orientação de Dante Marcello C. Gallian. Valdir Reginato e Maria Auxiliadora Creice de Benedetto participaram na redação e revisão do artigo.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Adriana Teixeira Pereira

Centro de Historia e Filosofia das Ciências da Saúde – CeHFi
Rua Loefgreen, nº 2032

Vila Clementino – São Paulo

CEP: 04040-000 SP

E-mail: atpereira2003@yahoo.com.br