

Role-Play para o Desenvolvimento de Habilidades de Comunicação e Relacionais

Role-Play for the Development of Communication Skills

Lísia Rabelo^I
Vera Lúcia Garcia^{II}

PALAVRAS-CHAVE

- Role-Play;
- Comunicação;
- Relação Médico-Paciente;
- Educação Médica.

KEYWORDS

- Role Playing;
- Communication;
- Physician-Patient Relationship;
- Medical Education.

RESUMO

O desenvolvimento de habilidades de comunicação e relacionais (HbCR) é essencial para a formação médica, logo a utilização de estratégias educacionais que favoreçam seu aprendizado é necessária. O presente trabalho tem por objetivos descrever o processo de implementação da técnica de role-play e avaliar sua utilização no ensino das HbCR, de acordo com a percepção docente. A técnica foi utilizada no curso de Semiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (FMB/UFBa). Para atender a esses objetivos, o presente artigo foi estruturado em duas partes: plano de implementação da técnica de role-play e aplicação do role-play segundo a percepção do docente. O role-play revelou ser uma técnica factível, extremamente adequada ao ensino das HbCR, em consonância com as orientações das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.

ABSTRACT

The development of communications skills is essential for the doctor training. Teaching in medical schools should thus involve the use of educational strategies that facilitate the acquisition of these skills. The goal of this paper is to describe the process of implementing a role playing strategy in a Semiology course, at the Medical School of the Federal University of Bahia, and to evaluate its potential for the teaching of communication skills. The paper is divided into two main sections: the action plan for implementing the role play strategy and application of the plan from the teachers' perspective. In conclusion it is argued that the implementation of role playing in Semiology courses is feasible and adequate for the acquisition and improvement of communications skills. Moreover it should be noted that the use of role play as an educational strategy is in line with the National Curriculum Guidelines for Undergraduate Courses in Medicine.

Recebido em: 06/05/2014

Aprovado em: 29/07/2015

^I Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

^{II} Universidade Federal de São Paulo, Botucatu, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Medicina¹, as escolas médicas devem oferecer aos graduandos uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Desta forma, espera-se que, durante a graduação, o aluno seja capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde.

Neste sentido, o desenvolvimento de Habilidades de Comunicação e Relacionais (HbCR) se revela essencial na formação médica. Sem estas habilidades, o médico não será capaz de estabelecer um vínculo efetivo com o paciente, apreender sua história, compreender sua perspectiva, propor e negociar intervenções. Além disso, elas são necessárias no contato do médico não apenas com o paciente, como também com os familiares de seus pacientes, colegas e outros profissionais. De forma mais ampla: com a comunidade na qual atua²⁻⁶.

Estratégias educacionais baseadas em simulação têm sido bastante utilizadas para o ensino das HbCR⁷. Estas estratégias visam inserir os alunos no processo de aprendizagem por meio de uma prática assistida e orientada. No contexto educativo, a simulação pode ser definida como uma situação criada para permitir que pessoas experimentem a representação de um evento real, com o propósito de praticar, aprender, avaliar, testar ou entender sistemas ou ações humanas⁸.

Entre as estratégias educacionais baseadas em simulação voltadas para o ensino das HbCR, o *role-play* é uma das que apresenta maior relação custo-efetividade, por ser realizada entre os alunos, sob a condução de um tutor, sem necessidade de recrutamento e preparação de atores (sejam amadores ou profissionais)⁹.

Na Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia (FMB-UFBA), um dos focos centrais do curso de Semiologia Médica é o ensino das HbCR. Este curso é oferecido aos alunos do terceiro semestre do curso médico. Somente no quarto semestre do curso, os alunos passam a atuar, sob supervisão, em cenários ambulatoriais e hospitalares, interagindo com pacientes reais.

Com o intuito de favorecer a aquisição das HbCR de forma efetiva, tornando mais adequada a transição do estudante da FMB-UFBA entre o cenário "fictício" (sala de aula) e o "real" (ambiente ambulatorial/hospitalar), o grupo de docentes responsáveis pelo ensino semiológico introduziu, no segundo semestre letivo de 2012, o uso da técnica de *role-play* no ensino das HbCR.

O presente trabalho tem por objetivo descrever o processo de implementação da técnica de *role-play* e avaliar sua utiliza-

ção no ensino das HbCR de acordo com a percepção docente, no segundo semestre letivo de 2012 e no primeiro semestre letivo de 2013. Para atender a este objetivo, o presente artigo foi estruturado em duas partes: plano de implementação da técnica de *role-play* e aplicação do *role-play* segundo a percepção do docente.

PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO DA TÉCNICA DE ROLE-PLAY

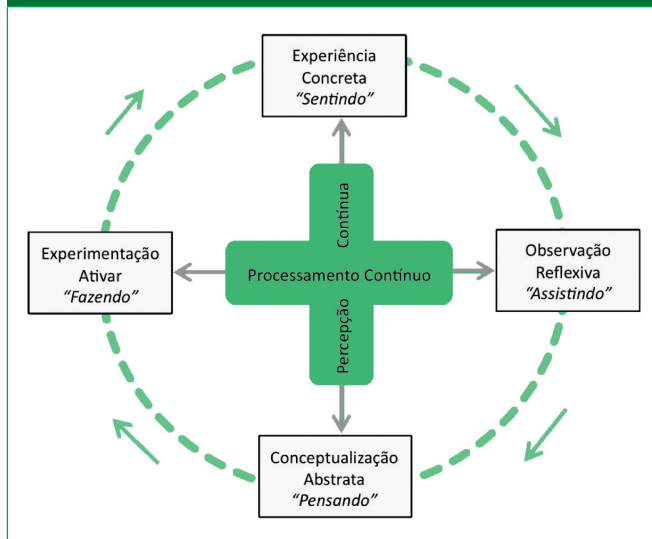
Técnica de *role-play*

De maneira geral, o *role-play* pode ser definido como uma técnica na qual alunos são convidados a atuar em determinado contexto, interpretando papéis específicos. Solicita-se aos alunos que atuem de acordo com o esperado em sua situação real. Como resultado da encenação, todos os alunos envolvidos na atividade irão aprender algo sobre a situação, o contexto proposto e/ou os personagens¹⁰.

No *role-play* utilizado para o ensino das HbCR voltado para a condução da entrevista "centrada no paciente", todas as formas de participação oferecidas aos alunos ("médico", "paciente-familiares" e "observador") são tidas como "ricas" em termos de aprendizado, sendo ideal que as três participações sejam vivenciadas. O aluno que atua como "médico" tem a oportunidade de treinar suas habilidades, receber *feedback* e refletir sobre sua performance. Desempenhando o papel de "paciente" ou "familiar", pode desenvolver uma compreensão melhor da perspectiva do "outro", contribuindo para a aquisição de uma conduta mais particularizada e humana durante a sua atuação como "médico". O "papel" de observador ajuda na construção do processo reflexivo. Além disso, se o "médico" exercita, de forma mais direta, sua interação com o "paciente", os observadores têm uma oportunidade de exercitar sua interação com os colegas ao emitirem sua avaliação sobre a condução da cena¹¹.

Assim como nas demais estratégias educacionais baseadas em simulação, a Teoria do Aprendizado Experimental ou "baseado em experiência" (TAE) constitui a fundamentação teórica para o *role-play*. De acordo com a TAE, o conhecimento é resultado da compreensão e transformação da experiência. O processo de aprendizado experimental é idealizado como um "ciclo" de quatro estágios, no qual "experiências concretas" (estágio 1) proporcionam a base para "observações reflexivas" (estágio 2). Estas observações, por sua vez, são transformadas em "conceitos abstratos" (estágio 3) que produzem novas implicações para a "ação" (estágio 4), que podem ser testadas ativamente, criando novas experiências (Figura 1)¹².

FIGURA 1
Ciclo de aprendizagem de Kolb¹²



Descrição do cenário

O curso de Semiologia Médica da FMB-UFBA oferece semestralmente cerca de 80 vagas, e as atividades que utilizam a técnica de *role-play* foram elaboradas para grupos de 15 a 20 alunos, sob a supervisão de um único docente. Foram planejadas para ocorrer em salas de aula convencionais, sem adaptação para a realização de simulações – ou seja, sem a presença de vidro investigativo separando os espaços da “ação” e da “observação”, ou aparelhagem que permitisse a filmagem da “ação”, com projeção simultânea da cena para observadores situados em outro espaço físico. A filmagem teve como objetivo pedagógico permitir ao docente analisar o desempenho dos alunos, de forma que o grupo de alunos permaneceria presente, no mesmo espaço físico, em todas as etapas da simulação.

Planejamento da atividade

No planejamento da atividade, procurou-se seguir as orientações de Nestel e colaboradores¹³ para maximizar os benefícios do *role-play*: (i) refletir experiências reais; (ii) manter relação com o contexto geral de aprendizado atual do aluno; (iii) apresentar objetivos claros de aprendizagem; (iv) proporcionar desafios compatíveis com o nível dos alunos; (v) apresentar desafios progressivos; (6) oferecer oportunidade para *debriefing*.

Sendo assim, em função do público-alvo (alunos do segundo ano do curso de graduação), foram elaborados quatro encontros, com duração média de quatro horas, com temáticas específicas, com foco na promoção à saúde e prevenção dos

agravos: adesão terapêutica; prevenção de câncer de mama e colo de útero; orientação nutricional para hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes *mellitus* (DM); e prevenção do tabagismo. Com o intuito de minimizar a ansiedade e estimular a participação do grupo, foi selecionado um tema inicial familiar aos alunos: construção da história da doença atual (HDA), a partir de uma queixa predeterminada.

Todas as situações simuladas previam a interação entre médico-paciente e médico-paciente/familiar. Para oferecer desafios progressivos, as atividades iniciais requeriam a interação médico-paciente, enquanto as outras demandavam interação médico-paciente/familiar ou propunham situações de maior complexidade. Os objetivos foram expressos de forma simples e clara, por meio de *scripts* desenvolvidos para nortear a participação dos alunos em seus respectivos grupos: médico; paciente/familiar ou observador, como exemplificado no Quadro 1, referente ao encontro sobre “adesão terapêutica”.

QUADRO 1

Scripts desenvolvidos para nortear a atuação dos subgrupos no role-play de “Adesão terapêutica”

Script para o subgrupo: “médico”:

– A situação simulada ocorrerá durante uma consulta já iniciada. Este é seu primeiro contato com o paciente e ele vinha sendo acompanhado em outra unidade de saúde. Ele acaba de lhe informar que é hipertenso. Sua tarefa é: (i) investigar a adesão terapêutica às orientações prescritas anteriormente ao paciente; (ii) fornecer informações para que haja melhor adesão;

– Dados do paciente: Antônio dos Santos, 58 anos, pardo, convivente, católico, ensino fundamental completo, auxiliar de limpeza, natural e procedente de Salvador, Bahia.

Script para o subgrupo: “paciente”:

– Você é o Sr. Antônio dos Santos, tem 58 anos, é pardo, viúvo, católico, tem ensino fundamental completo, trabalha como auxiliar de limpeza e é natural e procedente de Salvador, Bahia;

– Você descobriu estar hipertenso logo após a morte de sua esposa; Desde o diagnóstico, você vai ao Posto de Saúde a cada três meses, raramente faltando às consultas marcadas;

– O médico que o atendia pedia para você comer “comida sem sal”. No início, “seguiu direitinho”, mas depois foi “relaxando” por ser “ruim por demais”;

– Você não vem fazendo uso da medicação prescrita, conforme a orientação. A medicação foi prescrita para ser usada três vezes por dia. Como você tem medo de ficar “viciado”, “dependente” do remédio e precisar, cada vez mais, de uma quantidade maior de medicação para controlar a pressão, “toma o remédio apenas de manhã e de noite”. Só “toma o remédio de tarde quando está com dor de cabeça”.

Script para o subgrupo: “observador”:

– O Sr. Antônio dos Santos tem 58 anos, é pardo, viúvo, católico, tem ensino fundamental completo, trabalha como auxiliar de limpeza e é natural e procedente de Salvador, Bahia. Em consulta, ele comunica ser hipertenso e já se encontrar em tratamento;

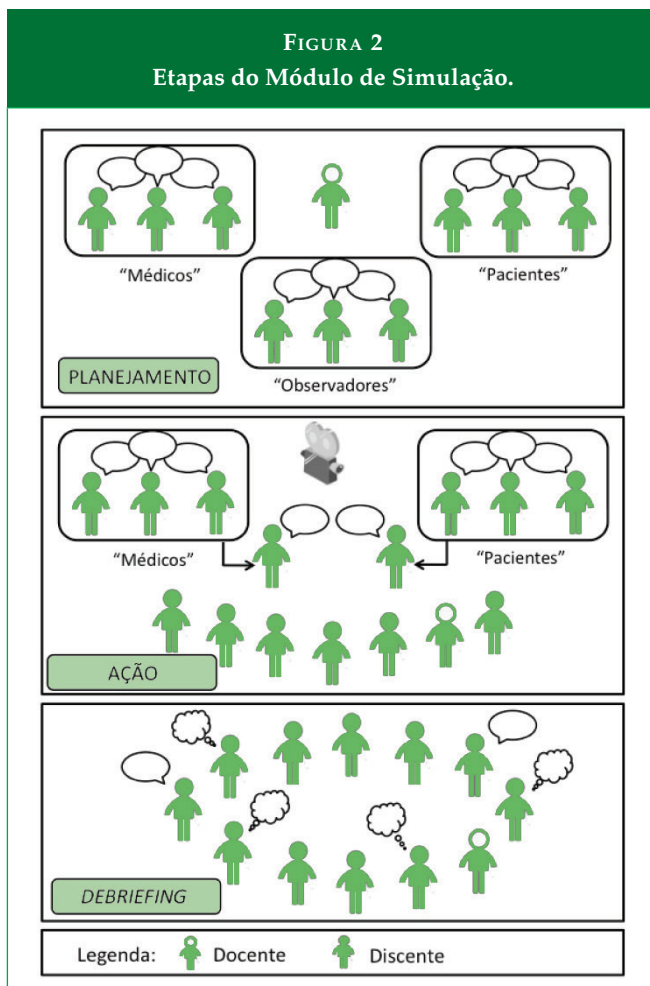
– O médico deverá: (i) investigar a adesão terapêutica às orientações prescritas anteriormente ao paciente; (ii) fornecer informações para otimizar a adesão;

– Elabore um *checklist* com as condutas fundamentais para que o médico seja bem-sucedido em sua tarefa.

Para cada encontro, foram selecionados dois artigos nacionais para que os alunos tivessem acesso a uma base teórica, essencial para sua atuação no encontro. No encontro sobre tabagismo, foram selecionados dois artigos, sendo um deles as "Diretrizes para a cessação do Tabagismo 2008"¹⁴.

Dinâmica do encontro

A dinâmica dos encontros foi dividida em dois módulos: preparatório e simulação. O módulo preparatório consistia numa discussão inicial, com base em bibliografia previamente indicada, seguida de uma avaliação cognitiva. O módulo de simulação se dividia em três etapas: "planejamento", "ação" (simulação propriamente dita) e "reflexão" (*debriefing*) (Figura 2).



Foi elaborado um cronograma para a condução da atividade, estabelecendo uma duração máxima para cada etapa/fase do encontro.

O módulo preparatório tinha como objetivo garantir um embasamento teórico para a simulação. Durante a etapa da

discussão dos artigos, o tutor tinha como objetivo estimular os alunos a expressarem suas dúvidas e opiniões em relação ao tema, incentivando ao máximo a participação do grupo na construção do saber. A avaliação cognitiva era individual e não permitia consulta.

Apenas no encontro inicial, optou-se por substituir o módulo preparatório pela discussão do conceito de "ambiente seguro de aprendizagem", considerado essencial para a utilização de metodologias de simulação. De acordo com a literatura, o temor de ter seu desempenho "julgado" por colegas e tutor, de ter sua atuação registrada em filmagem, de ser alvo de comentários pós-atividade costuma inibir a motivação e participação dos alunos em atividade de simulação¹⁵. A discussão teria como objetivo permitir que os alunos expressassem suas concepções sobre o significado de ambiente seguro. Ao docente caberia garantir que conceitos referentes a confidencialidade, ética, cooperação, confiança e respeito fossem abordados.

Após este módulo, os alunos seriam divididos em três subgrupos, com o mesmo número de participantes. Tinha início, então, o módulo de simulação.

Para garantir que cada aluno tivesse oportunidade de participar ao menos uma vez do subgrupo de "médico", "paciente"/"paciente-familiar" e de "observador", a divisão dos subgrupos, formados no primeiro encontro, deveria ser mantida ao longo do semestre, e o docente deveria promover o rodízio do tipo de participação, entre os subgrupos, a cada encontro.

Uma vez divididos, cada subgrupo recebia um *script* para nortear sua participação específica, desconhecendo o dos demais. Na primeira etapa da simulação – "planejamento" –, os subgrupos discutiam a forma de condução de sua atuação na etapa seguinte ("ação").

O *script* do "médico" era extremamente sucinto, para mimetizar o máximo possível situações reais, nas quais o profissional de saúde detém poucas informações sobre o paciente no primeiro encontro/consulta. Por sua vez, o roteiro destinado ao "paciente"/"paciente-familiar" continha alguns "desafios" com que o médico deveria lidar no decorrer da encenação, como, por exemplo, concepções e temores em relação à doença que influenciariam na condução da consulta. O *script* do subgrupo de observadores era semelhante em todas as temáticas: elaborar uma lista de itens (*checklist*) com atitudes e condutas que poderiam tornar a "consulta" melhor. Assim, deveriam ficar atentos para identificar os aspectos positivos na condução da entrevista e os que poderiam ser melhorados.

Na etapa de "planejamento", a atuação do docente deveria se limitar ao esclarecimento de dúvidas. Antes do término deste módulo, os subgrupos responsáveis pela atuação do "médico" e do "paciente"/"paciente-familiar" escolhiam re-

presentantes para atuar no módulo seguinte. Durante a etapa de “ação”, momento em que um representante do subgrupo de “médico” contracenava com representante(s) do subgrupo do “paciente”/“paciente-familiar”, o restante do grupo era orientado a se dispor em semicírculo para assistir à simulação e se manter em silêncio, para minimizar a interferência de sua presença sobre a cena. Esta etapa não deveria ser interrompida, e a cena finalizaria quando o aluno “médico” assim determinasse.

A etapa de “reflexão” (*debriefing*) ocorria imediatamente após a simulação propriamente dita (ação), com o objetivo de garantir que a discussão não ocorresse na ausência do docente, durante o intervalo. O *debriefing* é considerado a parte mais importante da simulação: é a que permite analisar criticamente o processo de planejamento, a relação estabelecida entre “médico”-“paciente”/“paciente-familiar” e refletir sobre as informações e opiniões expostas pelo grupo. Durante esta etapa, o docente deveria garantir um ambiente seguro, em que os alunos se sentissem respeitados e valorizados. O docente deveria manter-se ciente da vulnerabilidade dos alunos cuja atuação está sendo analisada e protegê-los de experiências negativas que pudessem comprometer seu senso de autoestima.

Por se tratar de uma fase que demanda muita sensibilidade e cuidado por parte do docente, foi elaborado um guia de condução para o *debriefing* (Quadro 2).

O nível de facilitação a ser utilizado durante o processo de *debriefing* deveria ser definido pelo docente de acordo com as características do grupo, conforme estipulado a seguir¹³:

– Elevado: O tutor interfere de forma mínima, permitindo que o grupo assuma a condução do *debriefing*. O tutor manifesta-se apenas quando necessário, no sentido de garantir que os objetivos da atividade sejam alcançados. Exemplos de técnicas de nível de facilitação elevada: uso de pausas para permitir respostas/opiniões mais elaboradas; perguntas abertas em vez de afirmações; uso habilidoso do “silêncio” para estimular o grupo a aprofundar a discussão;

– Intermediário: O tutor apresenta um nível maior de envolvimento na condução do *debriefing* em relação ao anteriormente descrito. Este nível de facilitação costuma ser útil quando o grupo requer auxílio para analisar a experiência num nível mais profundo, porém é capaz de manter certa independência durante a discussão. Exemplos de técnicas de nível de facilitação intermediária: estimular a discussão com devolução de questões ao grupo, em vez de emitir respostas; criar condições para que todos no grupo se manifestem;

– Baixo: O tutor interfere de forma intensa, conduzindo o *debriefing*. Este nível de facilitação pode ser necessário quando o grupo apresenta pouca iniciativa, respondendo superficialmente a questões provocativas. Exemplos de técnicas de nível

de facilitação baixa: manifestação clara de concordância/discordância, recapitulação, encorajamento não verbal à participação dos membros do grupo.

QUADRO 2 Guia de condução para o <i>debriefing</i>	
<i>Iniciar se dirigindo ao aluno que interpretou o “médico”</i>	
1.	Solicitar que descreva sumariamente a cena da qual fez parte, destacando como se sentiu durante a consulta;
2.	Questionar se a condução da consulta foi realizada conforme o plano traçado ou não e o porquê;
3.	Solicitar que faça a autoavaliação, destacando os pontos fortes de sua atuação;
4.	Solicitar que faça a autoavaliação, destacando os pontos que poderiam ser melhorados em sua atuação e como o faria.
<i>Dar sequência se dirigindo aos alunos do subgrupo que planejaram o atendimento “médico”</i>	
5.	Solicitar que se expressem em relação às questões anteriores.
<i>Em seguida se dirigir ao aluno que interpretou o “paciente”</i>	
6.	Solicitar que descreva sumariamente a cena da qual fez parte, destacando como se sentiu durante a consulta;
7.	No caso de <i>role-play</i> com foco na promoção à saúde e prevenção dos agravos, solicitar que revele se seguiria a orientação dada pelo médico e os motivos que o levaram a tomar esta decisão.
<i>E, após, aos alunos do subgrupo que planejaram a atuação do “paciente”</i>	
8.	Solicitar que se expressem em relação às questões anteriores.
<i>O último grupo ao qual se devem solicitar comentários é o de “observadores”</i>	
9.	Solicitar que se expressem (que façam suas considerações).
<i>Por fim, o grupo deve ser questionado</i>	
10.	Solicitar que expressem o que foi aprendido durante a atividade.

Observações

* Este guia de condução é flexível, o docente não deve inibir a expressão dos membros do grupo em função do guia.

** Durante todo o processo, o docente deve conduzir o *debriefing* para que os objetivos do encontro sejam cumpridos.

*** O docente poderá gerar outras questões que se façam necessárias.

Avaliação do uso da técnica de *role-play*

Um planejamento criterioso para a utilização de uma estratégia de ensino deve incluir avaliações quanto a sua aceitação, aplicabilidade e efetividade. Sendo assim, a compreensão da percepção tanto docente quanto discente é fundamental no processo avaliativo.

Para avaliar o uso da técnica de *role-play* para aquisição e desenvolvimento das HbCR de acordo com a percepção docente, estas habilidades foram agrupadas em quatro categorias: (i) estabelecimento de vínculo; (ii) coleta de informações; (iii) envolvimento do paciente no processo diagnóstico e tera-

pêutico; (iv) capacidade de lidar com situações não previstas (Quadro 3).

QUADRO 3 Categorização das habilidades de comunicação e relacionais	
1. Estabelecimento de vínculo	
<ul style="list-style-type: none"> • Tratamento respeitoso para com paciente/familiar. • Demonstração de interesse e atenção durante a entrevista, expressos através de: <ul style="list-style-type: none"> – Linguagem verbal (ex.: tom, intensidade e ritmo de voz); – Linguagem não verbal (ex.: postura corporal). • Respeito pela opinião e crenças do paciente. 	
2. Coleta de informações	
<ul style="list-style-type: none"> • Utilização adequada de perguntas “abertas” e “fechadas” de forma apropriada, para colher informações não explicitadas no relato aberto; • Escuta atenta ao paciente, sem interrupções inapropriadas (ex.: procurando direcionar suas respostas, de forma a não permitir que o paciente complete suas frases, não oferecendo tempo adequado para que ele possa refletir antes de responder a questão); • Sumarização periódica das informações dadas pelo paciente, para certificação de compreensão do relato de forma correta e contextualizada; • Utilização de linguagem concisa, clara e de fácil compreensão para as necessidades do(s) interlocutor(es); • Demonstração de interesse e incentivo à expressão das ideias, perspectivas, preocupações e expectativas do paciente. 	
3. Envolvimento do paciente no processo diagnóstico e terapêutico	
<ul style="list-style-type: none"> • Incentivo à expressão do conhecimento, sentimentos, crenças e expectativas do paciente; • Preocupação e certificação quanto à compreensão do paciente; • Incentivo a questionamento por parte do(s) interlocutor(es); • Estabelecimento de um plano de ação conjunto; • Verificação quanto ao desejo e capacidade do paciente em seguir o plano traçado. 	
4. Capacidade de lidar com situações “inesperadas”	
<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilidade ao lidar com situações não previstas. 	

As filmagens da etapa de “ação” e registros pessoais realizados durante o *debriefing* constituiriam a principal fonte de análise docente.

APLICAÇÃO DO ROLE-PLAY SEGUNDO A PERCEPÇÃO DO DOCENTE

As observações itemizadas a seguir estão relacionadas a um conjunto de questões que emergiram durante o processo de implementação da estratégia de *role-play*, referentes a cenário, planejamento e dinâmica do encontro no qual a estratégia foi utilizada.

Cenário

O ambiente se revelou como um limitante na utilização da técnica de *role-play*. Durante a etapa de planejamento, a presença de todos os subgrupos numa mesma sala dificultou a concentração. Porém, a limitação maior se deu durante a etapa do *role-play* propriamente dito. É impossível negar a interferência da presença do grupo na atuação do “médico”, “paciente”/“paciente-familiar”. Procurou-se minimizar o impacto dessa interferência, colocando-a como ponto de discussão durante o *debriefing*.

Planejamento e dinâmica da atividade

No primeiro encontro, no qual o módulo preparatório foi substituído pela discussão do conceito de “ambiente seguro de aprendizado”, as preocupações dos alunos tiveram como foco central o “temor da exposição”. Durante a discussão, foram estabelecidos acordos a serem cumpridos: o acesso à filmagem ficaria restrito aos participantes do grupo no qual foi realizada e aos docentes; dados e comentários referentes ao encontro não seriam socializados com os demais grupos; o *feedback* se daria de forma respeitosa, com o intuito de contribuir com a formação do colega; ninguém seria obrigado a atuar como “médico”, “paciente”/“paciente-familiar”; a atuação no *role-play* não faria parte da avaliação somativa do curso.

Nos encontros subsequentes, a seleção de textos e a avaliação cognitiva no início das atividades se revelaram capazes de garantir o conhecimento necessário sobre o tema para a condução da atividade.

O tempo destinado a cada encontro mostrou-se satisfatório. Invariavelmente, o período de quatro horas foi utilizado em sua totalidade, não havendo necessidade de estendê-lo. No entanto, foi necessária uma flexibilidade do cronograma predeterminado, por parte do docente.

Nos encontros iniciais, o tempo utilizado na etapa de planejamento foi menor em relação aos demais. Conforme revelado no *debriefing*, os subgrupos se restringiram a aspectos cognitivos (informações que precisavam ser coletadas e oferecidas), sem valorizar aspectos de comunicação e relacionais (forma de condução da consulta). Os subgrupos também revelaram dificuldade de prever situações passíveis de ocorrer no contexto proposto, assim como estratégias para lidar com elas. Observou-se progressiva utilização do espaço de planejamento com atenção a maior diversidade de aspectos, como, por exemplo: a necessidade de compreender as concepções e imaginário do paciente e de compartilhar com ele o poder na relação médico-paciente, envolvendo-o no processo de condução do plano preventivo, diagnóstico e/ou terapêutico. O

impacto do relato do(a) aluno(a) que atuou como paciente sobre o grupo, durante o *debriefing*, possivelmente contribuiu de forma positiva sobre este aspecto.

A não interferência do tutor na etapa de planejamento contribuiu com o processo reflexivo dos alunos, que experimentam maior autonomia na aprendizagem.

Durante o *role-play* propriamente dito, ou seja, a etapa na qual a cena proposta se desenvolveu, foram analisadas as HbCR com base nas categorizações previamente propostas (Quadro 3): (i) estabelecimento de vínculo; (ii) coleta de informações; (iii) medidas educacionais; (iv) capacidade de lidar com situações inesperadas.

(i) Estabelecimento de vínculo

De forma geral, principalmente nos primeiros encontros, percebeu-se uma dificuldade dos estudantes “médicos” em estabelecer um vínculo adequado com os estudantes “pacientes”.

Em relação ao tratamento que os estudantes “médicos” dispunham aos estudantes “pacientes e familiares”, vale dizer que aqueles se dirigiam a seus interlocutores por senhor(a) até serem solicitados a tratá-los de outra forma. Porém, o diálogo, muitas vezes, revelou o domínio de uma relação hierarquizada, baseada no pressuposto do médico como detentor de todo o saber. Posturas autoritárias eram comuns, principalmente quando o estudante “médico” parecia ter esgotado seus argumentos para “convencer” o estudante “paciente” a aderir as suas recomendações: “A senhora tem que fazer o preventivo. Eu estudei muito para estar aqui, acredite. Vinte anos de estudo não são vinte dias. Se não fosse importante, eu não mandava minha mulher e minha filha fazerem este exame” (discurso emitido em tom de voz autoritário e ríspido por um estudante de 20 anos de idade).

A postura durante a cena era sempre muito tensa, provavelmente devido à proximidade do grupo que a observava. O estudante “médico” se mantinha sentado na mesma posição, com gesticulação extremamente contida, em praticamente toda a cena.

A condução da consulta se dava de forma fragmentada, com momentos de hesitação dos estudantes “médicos”, como se estivessem memorando uma sequência inflexível de passos a serem seguidos (ex.: apresentação nominal, aperto de mão, convite a entrar na sala de consulta e a sentar-se, etc.).

(ii) Coleta de informações

Apesar de não ter sido solicitado registro escrito da “consulta” durante a simulação, alguns estudantes optaram por fazê-lo, com o intuito de proporcionar maior veracidade à cena. Aqueles que realizaram o registro demonstraram dificuldade em conciliar a escuta e a escrita. Alguns estudantes “médicos”

solicitaram permissão para consultar, durante a cena, o planejamento realizado no subgrupo, o que foi permitido. Tal consulta foi identificada como um dos fatores que levaram a interrupções no discurso do paciente. Ela interferiu na fluidez do diálogo, transformando-o, muitas vezes, num mero preenchimento de questionário.

A utilização de linguagem clara e acessível variou muito durante as cenas. Em muitas ocasiões, observou-se o uso de uma linguagem de difícil compreensão: “Todo medicamento tem um efeito colateral associado”, “Na pirâmide alimentar a gente observa...”. Porém, não se pode negar a influência da linguagem dos estudantes “pacientes”, que mesclavam expressões contidas nos *scripts* com expressões médicas. Além disso, a adaptação da linguagem exige atenção do médico à linguagem verbal (termos utilizados) e à linguagem não verbal (expressões de incompreensão) do paciente. Em simulações entre pares, essas limitações são comuns, uma vez que é difícil visualizar o colega como um paciente, principalmente numa sala com cerca de 15 pessoas observando sua atuação.

A ansiedade em desenvolver os aspectos técnicos relacionados às cenas propostas (ex.: caracterização do quadro de dor – início, localização, irradiação, duração) dificultou demonstrações de interesse sobre o relato dos estudantes “pacientes”. Por exemplo, ao descrever que soube ser hipertenso logo após a morte da esposa, o “paciente” teve seu relato interrompido: “Sim, mas isso faz quantos anos?”.

(iii) Medidas educacionais

Envolver o paciente no processo de decisão e planejamento da terapia se mostrou uma tarefa árdua para os estudantes “médicos”. A expressão “vamos negociar” esteve presente em muitas cenas de *role-play* que envolviam medidas educativas. Porém, invariavelmente, o estudante “médico” assumia o controle das orientações, sem valorizar as opiniões e crenças do paciente. Ao mencionar o uso de chá caseiro, recomendado por uma vizinha como um fator de melhora, um dos estudantes “pacientes” obteve como resposta: “E essa sua vizinha, ela é médica, é?” (discurso emitido com tom de “pouco caso”; a aluna-médica nem chegou a olhar para a paciente neste momento, limitando-se a escrever). A revelação do medo de ficar viciada “em remédio”, no *role-play* sobre adesão terapêutica, foi pouco explorada e valorizada pelos estudantes “médicos”: “Não se preocupe que isso não acontece”, “Mas, se não tomar tudo direitinho, a pressão não controla”.

A dificuldade de aplicar a teoria na prática se revelou particularmente clara na atuação dos estudantes “médicos” durante as orientações educacionais. Por exemplo, os estudantes “médicos” demonstravam ter conhecimento quanto à

necessidade de certificação da compreensão dos estudantes “pacientes” e sempre perguntavam: “O senhor entendeu tudo direitinho?”. No entanto, a entonação da pergunta intimidava qualquer tipo de negativa.

Houve momentos em que o estudante “médico”, além de apresentar dificuldade em enxergar o paciente como responsável do plano terapêutico, o “infantiliza”: “Esta é nossa primeira consulta; na próxima, eu vou procurar saber de sua mulher se estas orientações estão sendo seguidas. Caso você não esteja seguindo, eu vou ter que ser mais rigoroso...”.

Também foi identificada uma grande dificuldade dos estudantes “médicos” em lidar com frustração, utilizando ameaças frente à recusa do paciente em seguir suas orientações: “Você é quem sabe, mas depois não vá dizer que eu não avisei”; “Eu sei... comer feijoada nos próximos cinco anos parece maravilhoso, não é? E se for só por cinco anos? O senhor sabia que o maior índice de morte no Brasil está ligado ao consumo de gordura?”.

Poucas vezes observou-se por parte dos estudantes “médicos” interesse em verificar o desejo e a capacidade do paciente de seguir o plano traçado.

(iv) Capacidade de lidar com situações inesperadas

Um comportamento comum dos alunos foi o de “ignorar” situações não previstas no planejamento de sua atuação como médico. Visivelmente constrangido, um dos estudantes “médicos” agiu como se não tivesse ouvido o relato de fome do estudante “paciente”, embora ele o tenha repetido em três momentos da consulta. Os “improvisos” dos estudantes “pacientes” tornaram a utilização da técnica ainda mais rica.

No *role-play* destinado à “Adesão terapêutica”, um dos estudantes “pacientes” expressou a sua opinião quanto à origem da doença de forma muito sensível e emocionada: “A pressão ficou alta porque a dor da perda de minha mulher deixou a doença tomar conta de meu corpo”. No *role-play* referente ao tema “Prevenção do câncer de colo de útero”, uma das estudantes “pacientes” perguntou ao estudante “médico”: “O senhor já perguntou às pacientes que não querem fazer este exame como elas se sentem deitadas naquela mesa, de pernas abertas, com um estranho mexendo nelas?”. Em ambas as situações, após um período de silêncio, seguiu-se uma tentativa de “encerrar o assunto”: “Mas a hipertensão não é uma doença causada por tristeza”, “... é que o exame tem de ser feito de qualquer maneira”.

Alguns estudantes “pacientes” simularam choro durante a consulta. Em geral, demonstrações de fragilidade dos estudantes “pacientes” causavam um nítido desconforto nos estudantes “médicos”, que apresentavam insegurança na condução da situação. O “choro” provocou reações distintas: amparo imediato com contato físico (aperto na mão, no braço do

estudante “paciente”); intervenções apenas verbais: “Chore não. Vai passar”; silêncio completo; iniciativa de amparo, seguida por recuo, como se o contato físico não fosse permitido.

A realização do *debriefing* imediatamente após o *role-play* propriamente dito se mostrou bastante apropriada. Os alunos estavam ansiosos por comentar a cena.

Como dito anteriormente, a condução do tutor durante o *debriefing* foi fundamental para que o processo transcorresse com sucesso. Entre os muitos aspectos que exigiram sua atenção destacamos: manutenção de um ambiente em que os alunos se sintam respeitados e valorizados; incentivo à participação de todo o grupo; adequação do nível de facilitação.

A utilização do guia para a condução do *debriefing* foi extremamente útil para garantir a manutenção de um ambiente seguro e favorecer a participação de todos os membros do grupo.

EXPRESSÃO DO ALUNO QUE PARTICIPOU COMO “MÉDICO”

Iniciar o processo analítico-reflexivo permitindo que o aluno que desempenhou o papel do médico se expressasse foi uma estratégia capaz de revelar ao grupo que o docente estava consciente da dificuldade inerente a esta atuação. Perguntar como este aluno se sentiu durante a consulta também serviu para demonstrar a preocupação do docente com o bem-estar desse aluno. Esse cuidado foi percebido pelo grupo, que, com o tempo, passou a agir de forma semelhante.

A pergunta seguinte, sobre a condução da consulta em conformidade com o planejamento, diluiu a responsabilidade da atuação entre o subgrupo “médico”. Porém, a principal função desta questão foi provocar a discussão sobre o conceito de um bom planejamento. Esta discussão permitiu analisar a importância do conhecimento teórico, das formas de aplicação prática deste conhecimento e, principalmente, da necessidade de flexibilizar o planejamento segundo as situações, que costumam ser únicas.

A solicitação de uma autoavaliação com destaque dos pontos positivos se revelou difícil. Em geral, os alunos tendiam a só apontar o que fizeram de “errado”. Neste momento, a intervenção do docente se mostrou importante para preservar a autoestima dos alunos. Destacamos três das intervenções mais adotadas após a finalização do discurso do aluno: (i) lembrar que foram solicitados pontos positivos e não negativos; (ii) solicitar ao grupo que revele pontos positivos da atuação do colega; (iii) pontuar um ou dois aspectos positivos da atuação e em seguida solicitar que ele dê continuidade ao relato.

A utilização da terminologia “pontos que podem ser melhorados” permitiu que os alunos analisassem suas condutas/atitudes de forma mais positiva. Os termos “certo” e “errado” pa-

recem não permitir aprimoramentos, enquanto o termo “pode ser melhorado” convida a uma reflexão sobre a forma como o aprimoramento poderá ser realizado. É este processo reflexivo que o docente deve buscar que seus alunos desenvolvam.

EXPRESSÃO DOS ALUNOS QUE PARTICIPARAM DO SUBGRUPO “MÉDICOS”

Solicitar que os demais alunos que participaram do grupo médico se expressassem em seguida permitiu que todos se sentissem responsáveis pela atuação.

EXPRESSÃO DO ALUNO QUE PARTICIPOU COMO “PACIENTE”

Permitir que o aluno que interpretou o paciente revele como se sentiu é de extrema importância para todo o grupo, porém exige especial atenção do docente quanto à forma como este relato irá se refletir sobre o aluno que interpretou o médico. Poucas vezes os alunos têm a oportunidade de avaliar a condução de uma consulta pela perspectiva do paciente. A exposição da experiência de “paciente” por um colega faz com que o grupo fique mais atento sobre o quanto suas condutas podem afetar a relação médico-paciente de forma tanto positiva quanto negativa. O aluno que relatou saber ser hipertenso logo após a morte de sua esposa e teve seu relato interrompido com a frase: “Sim, mas isso faz quantos anos?” disse ao grupo ter se sentido um “nada”, “foi como se minha história não tivesse a menor importância”. Nestas situações, novamente a interferência do docente se mostra fundamental, uma vez que este tipo de relato pode comprometer seriamente a autoestima do aluno que interpretou o médico. Nestes casos, o docente deve lembrar ao grupo que aquele é um espaço de experimentação e reflexão, onde condutas devem ser analisadas e não julgadas, com o objetivo de orientar os alunos a atuar cada vez melhor. A palavra deve ser dada ao estudante médico para que ele possa verbalizar o que sentiu quando ouviu o relato do “paciente” e a razão de ter optado por determinada forma de agir. No exemplo relatado, o estudante médico afirmou ter agido daquela forma por medo de o “paciente” ficar muito emocionado e ele não saber como lidar com a situação. Os alunos passam a perceber que, muitas vezes, condutas tidas como insensíveis e desrespeitosas na realidade são ocasionadas por inexperiência, desconhecimento ou medo.

EXPRESSÃO DOS ALUNOS QUE PARTICIPARAM DO SUBGRUPO “PACIENTE”

A solicitação de posicionamento do grupo em relação às questões dirigidas ao estudante “paciente” se revelou importante para ampliar a discussão acerca dos preceitos da medicina centrada na pessoa. Uma vez que participaram do planejamento

relativo à atuação do colega como paciente, estes alunos estavam mais sensíveis à necessidade de compartilhamento do poder no relacionamento entre médico e paciente.

EXPRESSÃO DOS ALUNOS QUE PARTICIPARAM DO SUBGRUPO “OBSERVADORES”

Inicialmente, o subgrupo de observadores se mostrou tímido e comedido nos comentários, cabendo ao tutor incentivar a discussão.

No decorrer dos encontros, os estudantes apresentaram avanços tanto na forma de se colocar em grupo, quanto no processo reflexivo. Progressivamente, durante o *debriefing*, os alunos que assistiram à cena passaram a apresentar maior consciência da vulnerabilidade do colega que atuava como médico e a manter cuidado com a escolha das palavras ao manifestarem suas opiniões: “O que você acha ...”, “Essa é uma situação muito difícil, talvez ajudasse se ...”, “Você já pensou em fazer ...”. Com frequência, os alunos que assistiram à cena se colocavam no lugar do estudante “médico” e questionavam: “Será que nessa situação eu poderia...”.

Apesar de o guia para a condução do *debriefing* ter sido útil para propiciar maior participação dos membros do grupo, a manifestação de cada um dos 20 alunos se mostrou difícil. Uma estratégia para lidar com esta situação é registrar os alunos que se manifestaram em cada encontro para estimular a participação daqueles que se mantiveram em silêncio no encontro seguinte.

A adequação do nível de facilitação revelou ser um dos maiores desafios para o tutor. A forma como foi preparado para atuar o levava inconscientemente a querer responder aos questionamentos dos alunos sem inicialmente buscar a opinião do interlocutor e do restante do grupo, a ter dificuldade de controlar seu nível de interferência e, frequentemente, a externar opiniões e avaliar condutas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades para a sua produção ou sua construção – Paulo Freire¹⁵ (p. 47)

A técnica de *role-play* está em consonância com as DCN¹ por oferecer oportunidade para que os discentes construam seu conhecimento a partir da reflexão crítica sobre experiências, próprias ou de seus pares.

Como a estratégia permite que a reflexão se dê tanto a partir da percepção “médica”, quanto da do “paciente”, a análise da experiência se processa de forma mais ampla, contribuindo para a humanização na interação médico-paciente.

Na análise docente acerca da utilização da técnica de *role-play*, dois pontos chamam atenção. O primeiro é a valorização gradativa, pelos estudantes, de aspectos relacionais na etapa de planejamento. Aspectos técnicos passaram a dividir espaço na discussão com aspectos afetivos. No *role-play* referente à “Prevenção do câncer de colo de útero”, a preocupação dos alunos não se reduziu a definir a “periodicidade com que a paciente deveria realizar o exame”; incluiu “conhecer as razões de uma não adesão às orientações preventivas” e a “melhor abordagem para instrumentá-la a tomar uma decisão”. O segundo é o nível de facilitação docente ao longo dos encontros. Enquanto no primeiro *debriefing* o nível de facilitação foi elevado, a necessidade de intervenção docente para estimular a discussão e alcançar os objetivos propostos foi progressivamente menor. Este ponto denota o desenvolvimento do senso crítico dos alunos.

As HbCR são cada vez mais reconhecidas como fundamentais na formação médica, logo a utilização de estratégias educacionais que favoreçam seu aprendizado são necessárias. Estudos comparativos de diferentes técnicas de aprendizado por experimentação, entre elas o *role-play* e a simulação com pacientes padronizados, não demonstraram diferenças significativas em relação ao desenvolvimento de habilidades de comunicação^{16,17}.

Desta forma, independentemente da técnica escolhida, seu uso requer um planejamento cuidadoso, com compreensão da fundamentação metodológica teórica, além de um processo avaliativo contínuo durante sua implementação.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES) no ano de 2012, parecer de número 98/2012.

Registro CAAE: 07293212.9.0000.0049

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 4 de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p.38.
2. Al Odhayani A, Ratnapalan S. Teaching Communication Skills. Canadian Family physician 2011; 57:1216-1218.
3. Wagner P, Lentz L, Heslop SDM. Teaching Communication Skills: A skills-based Approach. Academic Medicine 2002;77(11):1664.
4. Farajzadeh S, Noohi E, Mortazavi H. Study of the Status of Physicians-Patient Communication among Medical Interns. Journal of Medical Education 2006; 8(2):89-96.
5. Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. British Medical Journal 2007; 325:697-700.
6. Turini B, Martins Neto D, Tavares MS, Nunes SOV, Silva VLM, Thomson Z. Comunicação no ensino médico: estruturação, experiência e desafios em novos currículos médicos. Rev Bras Edu Med 2008; 32(2):264-270.
7. Eppich WJ, Adler MD, McGaghie WC. Emergency and critical care pediatrics: use of medical simulation for training in acute pediatric emergencies. Curr Opin Pediatr, 2006;18(3):266-71.
8. Joyner B, Young L. Teaching medical students using role-play: Twelve tips for successful role-plays. Medical Teacher 2006;28(3):225-229.
9. Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and learning communication skills in medicine. 2ª ed Oxford: Radcliffe; 2005.
10. Nestel D, Tierney T. Role-play for medical students learning about communication: Guidelines for maximizing benefits. BMC Medical Education 2007; 7:3.
11. Maier HW. Role playing: Structures and education objectives. The international Child and Youth Care Network 2002;36 [capturado em: 09 abril 2014]. Disponível em: <http://www.cyc-net.org/cyc-online/cycol-0102-roleplay.html>.
12. Kolb AY, Kolb DA. Learning Styles and Learning Spaces: Enhancing Experiential Learning in Higher Education Academy of Management Learning & Education. 2005; 4(2):193-212.
13. Fanning RM, Gaba DM. The role of debriefing in simulation-based learning. Simulation in Health 2007; 2(2):115-125.
14. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes para a cessação do Tabagismo 2008. J Bras Pneumol. 2008;34(10):845-880 .
15. Freire P. Pedagogia da autonomia - saberes necessários a prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 2011.
16. Bosse HM, Nickel M, Huwendiek S, Jünger J, Schultz J, Ninkendei C. Peer role-play and standardized patients in communication training: a comparative study on the student perspective on acceptability, realism, and perceived effect. BMC Medical Education 2010; 10:27.
17. Koponen J, Pyörälä E, Isolatus P. Comparing three experiential learning methods and their effect on medical students' attitudes to learning communications skills. Medical Teacher 2012; 34:e198-e207.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Lísia Rabelo: Concepção e desenho do estudo, aquisição, análise e interpretação de dados; elaboração do artigo e revisão crítica para conteúdo intelectual significativo. Vera Lúcia Gar-

cia: Concepção e desenho do estudo, análise e interpretação de dados; revisão crítica para conteúdo intelectual significativo.

CONFLITO DE INTERESSES

As autoras declaram não haver conflito de interesses.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Lísia Rabelo

Av. Euclides da Cunha, 475 – apto 1301

Graça – Salvador

CEP 40150-120 – BA

E-mail: lmrabelo@uol.com.br