

Experiência com metodologias ativas em uma disciplina de Entrevista Clínica Centrada na Pessoa

Experience with active methodologies in a ‘Person-Centered Clinical Interview’ course

Gabrieli Cristina Lima , Luis Henrique Rodrigues dos Santos , Leonardo Caçado Monteiro Savassi 

RESUMO

Metodologias ativas são estratégicas para aprendizagem significativa. Na área da saúde, representam uma alternativa ao volume de conteúdo exposto por vezes mecanicamente aos alunos, antes que possam aplicá-las no campo prático. Assim, estimulam o desenvolvimento de competências que serão utilizadas em atividades práticas com pacientes e com outros profissionais. Apresenta-se a experiência desenvolvida na disciplina Entrevista Clínica Centrada na Pessoa (ECCP) na Universidade Federal de Ouro Preto por um semestre, sob metodologia educacional baseada na *gamificação* e simulação clínica a partir da avaliação de consultas pela guia de Calgary e Cambridge. Descrevem-se estratégias, motivações e resultados de uma intervenção que envolveu a dramatização de atividades e a participação dos alunos de forma individual, em grupos, e coletiva em três momentos, propiciando um aprendizado significativo. Observou-se adesão à estratégia, ampliando os conhecimentos de ECCP, suscitando aprendizagem e reflexões sobre suas respectivas práticas durante as simulações, registrando -se o envolvimento de todos os atores num processo de educação-aprendizagem ativas.

Palavras-chave: Educação Médica; Assistência Centrada na Pessoa; Aprendizagem Ativa; Gamificação; Simulação de Paciente.

ABSTRACT

Active methodologies are strategic for meaningful learning. In the health field, they represent an alternative to the content volume sometimes mechanically exposed to students before they can apply it in the practical field. Thus, they encourage the development of skills that will be used in practical activities with patients and other professionals. We present the experience developed in the discipline Person-Centered Clinical Interview (ECCP) at Ouro Preto Federal University for one semester, using an educational methodology based on gamification and clinical simulation through the appointment evaluation by the Calgary-Cambridge guide. Strategies, motivations, and results of an intervention are described, involving dramatization of activities and participation of students individually, in groups, and collectively in three moments, providing a significant learning experience. Adherence to the strategy was observed, expanding ECCP knowledge, upgrading learning and reflections on their respective practices during the simulations, registering the involvement of all actors in an active education-learning process.

Keywords: Medical Education; Patient-Centered Care; Active Learning; Gamification Experiential Learning; Patient Simulation.

INTRODUÇÃO

A formação médica passou por três grandes ciclos de reformas: a definição do ensino médico como ciência embasada e consequente fragmentação do ensino em ciclos básicos e profissionais¹; a aprendizagem baseada em problemas como forma de contextualizar a aquisição do conhecimento; e a aprendizagem baseada em competências, na qual o aluno tem níveis de habilidades, conhecimentos, atitudes e etapas crescentes de formação. Essa evolução trouxe consigo a necessidade de centrar no aluno o processo de ensino-aprendizagem, suscitando a demanda por metodologias de aprendizado ‘ativas’, nas quais o aprendiz é parte do processo e o professor atua necessariamente como mediador desta relação².

A Escola de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto avançou no processo de formação baseada em metodologias ativas, a partir de experiências de construção de cursos para a Rede UNA-SUS, baseados na construção reversa – na qual objetivos de aprendizagem são definidos antes de definirem-se atividades ou conteúdos, tornando-os mais contextuais para a prática – e de objetivos de ação – centrados na lógica do saber-fazer, em que a prática no mundo real define quais objetivos de aprendizagem estes alunos devem cumprir. Da mesma forma, a experiência com o Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE) ampliou saberes voltados para a construção de atividades de aprendizagem contextual, visando lidar justamente com a ensinagem centrada no aprendiz e com metodologias condizentes com a proposta do ensino de profissionais no campo do trabalho.

As técnicas de ensino são desafiadas pelo perfil do aluno que se quer formar e pelo mercado de trabalho atual, fomentando inquietações frente ao modelo formativo dito “tradicional”, centrado na transmissão de saberes. Frente a isso, novas vertentes de ensino levaram em conta a ótica do discente como parte essencial do processo de aprendizagem, sendo a este dada maior autonomia, sob orientação docente para a solução de problemas inspirados no mundo real. Caracteriza-se, assim, o modelo ativo de ensino-aprendizagem que tem sido progressivamente adotado desde a Educação Básica até a Educação Superior, sobretudo nos cursos da

área da saúde³. Exige-se a formação de um profissional médico que não apenas adquira, mas que elabora, ressignifica e aplica conhecimento, orientando-o para o paciente de forma compartilhada; e que estabelece estratégias de atuação em equipe interdisciplinar, de maneira colaborativa dentro de uma atuação coletiva⁴.

Na formação médica, a utilização de metodologias ativas apresenta diversas vantagens em relação ao modelo “tradicional”, dentre elas a percepção de maior preparo pelos estudantes, bem como uma melhor avaliação por parte de seus supervisores. O especial interesse nas metodologias ativas ocorre em razão da necessidade desses futuros profissionais irem além do conhecimento, ou das técnicas, adentrando as dimensões subjetivas, sociais e culturais das pessoas sob seus cuidados. A metodologia ativa, então, permite que os educadores direcionem suas práticas em função de atividades desempenhadas em um ambiente de trabalho, bem como criar reflexões críticas sobre as mesmas^{5,6}.

Nesse cenário, em que o aluno assume o papel de sujeito no próprio aprendizado, algumas ferramentas e dinâmicas são úteis na orientação desse processo para o desenvolvimento de habilidades essenciais aos futuros profissionais, dentre elas a comunicação, que é fundamental na entrevista clínica para estabelecimento de vínculo médico-paciente e, por conseguinte, execução de uma boa anamnese e construção dos planos propedêutico e terapêutico.

Desse modo, é fundamental que durante a graduação os discentes sejam apresentados às técnicas de comunicação para poderem desenvolver e, gradualmente, aperfeiçoar a habilidade de comunicar-se. Consoante a isso, a simulação clínica por representação de papéis – *role-play* – constitui uma técnica ativa de ensino-aprendizagem em que os estudantes simulam consultas médicas e, assim, são estimulados a aprenderem e a praticarem a anamnese e a comunicação adequada⁷. Faz saber que a comunicação referida abrange aspectos verbais, como uso adequado da linguagem para que o paciente entenda o que está sendo dito e, aspectos não verbais, como postura apropriada e respeitosa.

Além disso, a simulação de consultas permite que o aluno seja estimulado a reconhecer os aspectos positivos e aqueles que precisam

ser aperfeiçoados na condução de sua consulta, colocando-o ativamente em seu processo de aprendizagem⁸. Ademais, os outros alunos, que assistiram à simulação, podem apontar as características boas e aquelas a serem melhoradas nas simulações dos colegas, o que também os coloca como parte ativa no aprendizado. Por conseguinte, os discentes tornam-se críticos e ativos no processo de aprendizado, e o docente constitui o orientador desse processo e não via unilateral de transmissão do conhecimento.

Ainda no que concerne ao processo ativo de aprendizado, a “gamificação” – método baseado na utilização de jogos em atividades de não-jogos, no caso, no ambiente educacional – configura uma dinâmica em que se utilizam jogos como estratégia para estimular a aprendizagem⁹. Embora haja a competitividade inerente aos jogos, o uso da gamificação visa gerar um espaço de estímulo à atuação coletiva e à interação grupal, segundo os preceitos da Educação baseada em equipes (*Team Based Learning*) e estímulo à colaboração, ao invés de apenas de fomentar uma disputa a fim de definir um vencedor⁴. No contexto da educação médica, a realização de jogos, em que as atuações individuais e em grupo são avaliadas, incentiva a busca pelo conhecimento para realizar as atividades individuais, como também, para ser usada nas atividades em grupo, promovendo, assim, a troca de experiências e conhecimentos entre os participantes. Desse modo, a gamificação pode ser utilizada em conjunto com o *role-play*, para aprimorar ainda mais a aprendizagem de habilidades de comunicação e relacionamento com pacientes⁹.

Nesse sentido, a gamificação pode se tornar uma ferramenta a ser utilizada junto ao *role-play*, proporcionando um ambiente lúdico para os estudantes de medicina, e estimulando o trabalho em equipe e a troca de conhecimentos. Somadas, as estratégias pedagógicas ativas, como o *role-play* e a gamificação, podem ser altamente benéficas para a formação médica humanizada e crítica⁷.

OBJETIVOS

Objetiva-se descrever a experiência em uma disciplina do quarto período do curso de medicina, denominada ‘Entrevista Clínica Centrada na Pessoa’, cujo propósito é a introdução da temática do Método Clínico Centrada na Pessoa a alunos

de medicina, através de metodologias ativas de aprendizado, envolvendo as técnicas de simulação de consulta e a estratégia da gamificação.

MÉTODO

A disciplina de ‘Entrevista Clínica Centrada na Pessoa’, que tem como público-alvo alunos do quarto período de medicina, mesmo período de aprendizado da semiologia médica com foco na anamnese, aborda temáticas relacionadas à educação médica direcionada à prática da Medicina Centrada na Pessoa. Tendo em vista a necessidade da realização de atividades práticas para a sedimentação dos conceitos teóricos, optou-se pela aplicação da metodologia ativa no processo de aprendizagem. Consoante a isso, foi empregada a estrutura de gamificação na composição das aulas, a fim de instigar os alunos à participação ativa no processo de aprendizagem.

Assim, compondo a estrutura do “game” foram criados os dois times que colaboraram internamente durante o semestre. A saber, uma subturma composta por até 20 alunos, sob a orientação do mesmo professor, deu origem aos dois times da dinâmica, com média de 10 alunos cada, que ao longo do semestre foram avaliados mediante a realização de simulações de consultas médicas.

Os alunos simularam atendimentos médicos a pacientes, estes interpretados ora pelo docente, ora pelos monitores, que seguiram roteiros preestabelecidos de simulação de casos clínicos, sendo o aluno avaliado pelo docente, por meio dos critérios presentes na guia de Calgary e Cambridge¹⁰. Este consiste em um modelo de avaliação de uma entrevista centrada na pessoa, com etapas a serem realizadas durante a consulta, a fim de estabelecer o vínculo com o paciente, visando ampliar a eficiência da comunicação e do cuidado. As quais: “Iniciando a Consulta”; “Obtendo informações – Exploração dos problemas”; “Obtendo informações – Compreendendo a perspectiva do paciente”; “Obtendo informações – Estruturando a consulta”; “Obtendo informações – Construindo a relação” e “Encerrando a consulta”. O seu uso justifica-se por ser um instrumento prático para avaliar a comunicação efetiva, indo ao encontro do objetivo da disciplina “Entrevista Clínica Centrada na Pessoa”, que tem como propósito colocar o indivíduo como centro do cuidado. Um roteiro com-

posto por diversos pacientes com diferentes perfis – quanto ao sexo, gênero, idade, queixas e perfil biopsicossocial – foi construído com os monitores, estabelecendo sempre algum item novo em relação a consulta anterior, que permitiu trazer desafios crescentes e o senso de ineditismo nos desafios da abordagem individual, mantendo o interesse e a atenção do grupo.

Antes de cada encontro, era disponibilizado pelo Ambiente Virtual de Aprendizagem Moodle® um guia de leitura que apresentava o referencial teórico do tópico de discussão da aula. Dessa maneira, todos os alunos podiam ter um preparo para fomentar discussões antes do momento da simulação. Durante o período da aula propriamente dito, havia uma divisão em dois tempos, no primeiro momento o docente apresentava brevemente o conteúdo já disponibilizado na plataforma digital a fim de suscitar reflexões aos alunos. Em seguida, a turma era mobilizada para as simulações, nas quais um aluno de cada time realizava o atendimento ao paciente simulado. Para tanto foi estabelecido um modelo de organização espacial, no qual as carteiras eram dispostas em forma de meia circunferência e duas cadeiras localizadas ao centro, conforme modelo esquemático das Figuras 1 e 2.

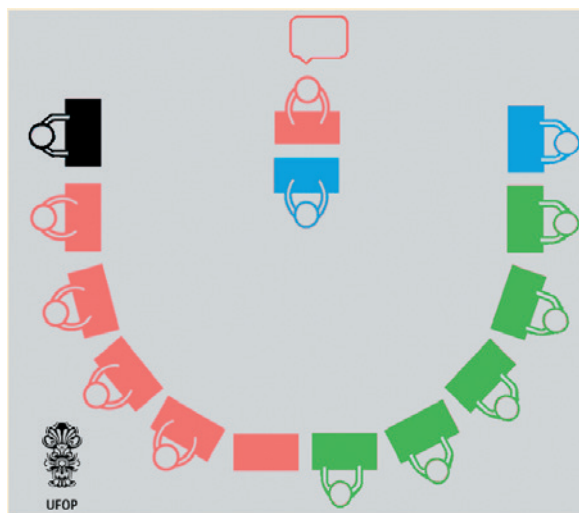
Para fomentar o empenho dos alunos, utilizaram-se analogias a modelos de competição comuns na *internet* no momento em que esta disciplina foi ministrada, a despeito de alguns anglicismos, passíveis de críticas que os próprios autores admitem como pertinentes. Outra estratégia que visou ampliar a estrutura dinâmica de um jogo foi a identificação de líderes, geralmente de gêneros opostos, que encabeçaram os respectivos times, dando nome aos mesmos. Após a divisão dos times, em um primeiro momento, o professor se colocou diante de todos os alunos e num primeiro encontro, apresentou-se como paciente, permitindo que cada grupo, alternadamente, fizesse três perguntas, o que contribuiu para dar menor sobrecarga de estresse aos alunos, aliviando o impacto da primeira dinâmica, e criar ao mesmo tempo competitividade entre os grupos, cumplicidade intragrupo, e leveza ao momento, permitindo em um segundo encontro que se optasse por levar os alunos ao centro da roda.

A partir do segundo encontro, os alunos passaram a “atender” pessoas dramatizadas pelos monitores, de forma individual, sendo o mesmo pacien-

te atendido por ambos os alunos, e com início de anamnese de forma alternada, tornando o processo mais justo do ponto de vista da competição, e ao mesmo tempo permitindo ao grupo que estivesse atrás no placar uma melhor oportunidade de se aproximar da nota do outro grupo. Ao longo do semestre, poderia se lançar mão também de outra anamnese grupal, de acordo com o tamanho da turma, e com o avanço dos grupos no aprendizado, sob juízo do professor.

Na Figura 1, observa-se que era selecionado um aluno de apenas uma equipe por vez para a atividade. Seu posicionamento propiciava acesso visual aos demais alunos da sala proporcionando, assim, efetiva interação com o seu respectivo grupo no decorrer da dinâmica. Ao aluno escolhido era facultada a possibilidade de seguir algum roteiro de anamnese previamente elaborado por ele mesmo, sendo necessário registrar a consulta em papel e cumprir a etapa da anamnese por completo. Ao final da anamnese individual, ele poderia consultar os colegas do time ao qual pertencia, a fim de obter colaboração, bem como seus colegas poderiam espontaneamente se colocar para realizar perguntas complementares. As perguntas, se pertinentes, elevavam a nota do grupo no “game”, mas não interferiam na nota individual. Desse modo, dava-se a interação entre o aluno que estava participando da simulação e seu time, que ao contribuir com perguntas para compor a anamnese poderiam aumentar a nota do time.

Figura 1
Primeiro momento de organização da dinâmica.



Legenda: Rosa, alunos de um time; Verde, alunos de outro time; Azul: monitores; Preto: professor.

Em seguida, conforme representado na Figura 2, um aluno da outra equipe, simbolizado pela cor verde, passava a exercer o papel de médico na mesma situação-problema que aquela executada pelo aluno anterior, com a mesma dinâmica de anamnese individual e com colaboração da equipe a qual pertencia.

Ao final de cada simulação, os membros da equipe eram instados a complementar a consulta, podendo somar pontos que acresceram a nota do “time”, ainda que não aumentasse a nota da avaliação individual. Tal proposta contribuiu para manter a atenção, favorecer a colaboração e promover interações.

Somente após o encerramento de ambas as simulações e das colaborações dos grupos, os alunos participavam de um *feedback* estruturado, como representado na Figura 3, no qual o aluno avaliado era incentivado pelo professor a trazer sua percepção sobre os pontos positivos e negativos de sua performance, permitindo uma discussão frutífera sobre a atividade. Sucessivamente, havia o *feedback* do monitor que participou da dramatização e do professor, em que se abordaram os aspectos bem executados, aqueles que faltaram ser explorados e os que mereciam melhor abordagem, seguida da avaliação do professor a partir dos itens da Guia de Calgary Cambridge. Por fim, abria-se a possibilidade dos alunos responderem ao *feedback*,

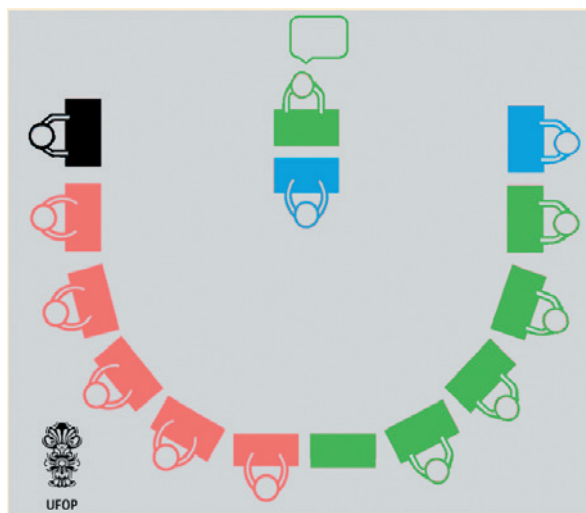
expressando sua concordância ou discordância ao mesmo, e propondo estratégias para avançar no aprendizado, o que representa a oportunidade de elaborar e expressar o senso crítico acerca do *feedback* recebido. Ademais, o discente recebia uma nota entre 0 e 10 relativa ao atendimento, sendo que esta foi utilizada para compor a avaliação somativa final individual na disciplina e também para contabilizar a pontuação geral do time ao qual o aluno pertencia, ou seja, válida para o campeonato.

Para fins de regras de pontuação, foi estabelecido que as ausências dos itens encontrados na guia de Calgary Cambridge seguiram a pontuação perdida naquele item. Para as regras do jogo, foram estabelecidas perdas de 0,1 pontos, se na colaboração do grupo, seus membros repetissem algo que já fora perguntado pelo aluno em avaliação, ou fizessem intervenções que representassem “erros” na guia (como fechar demais as perguntas, sugerir as respostas, usar termos técnicos etc.). Assim, o desconto ou acréscimo na pontuação configurou uma estratégia do jogo para sustentar a atenção dos alunos nas simulações que ocorriam.

As avaliações dos casos simulados seguiam os critérios do guia Simplificado de Calgary e Cambridge em suas diferentes seções, a saber: “Iniciando a Consulta”; “Obtendo informações – Exploração dos problemas”; “Obtendo infor-

Figura 2

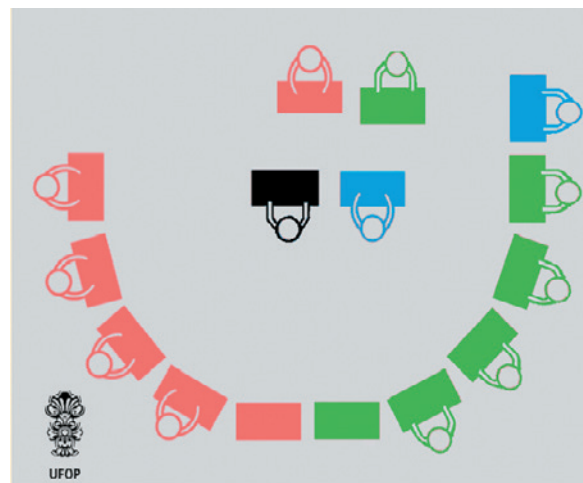
Segundo momento de organização da dinâmica.



Legenda: Rosa, alunos de um time; Verde, alunos de outro time; Azul: monitores; Preto: professor.

Figura 3

Terceiro momento de organização da dinâmica. Feedback conjunto.



Legenda: Rosa, alunos de um time; Verde, alunos de outro time; Azul: monitores; Preto: professor.

mações – Compreendendo a perspectiva do paciente”; “Obtendo informações – Estruturando a consulta”; “Obtendo informações – Construindo a relação” e “Encerrando a consulta”. Por conseguinte, nas primeiras simulações enfatizou-se a abertura da consulta e, nos últimos encontros, o encerramento do atendimento tornou-se o critério de maior atenção. Ressalta-se que, embora tenha sido dada maior relevância a alguns momentos específicos da consulta, os alunos foram avaliados considerando-se também a compreensão e aplicação geral das técnicas abordadas na ECCP. Dessa maneira, o modelo de simulação objetivou a solidificação do conhecimento e a aplicação de uma espiral construtivista em torno do conteúdo lecionado.

Por fim, ao final do semestre e após a avaliação de todos os participantes, houve a apuração das pontuações e a premiação das duas equipes. As premiações consistiram em troféus, construídos com materiais recicláveis pelo docente, conforme Figura 4, e caixas de bombons. Com isso, o time com melhor desempenho ao longo do período foi considerado vencedor e recebeu como premiação o troféu de primeiro lugar e uma caixa de bombom. A equipe que ocupou a segunda colocação recebeu também a premiação com caixa de bombom e um troféu menos elaborado. Na Figura 5, estão ilustrados as premiações das duas equipes no segundo semestre de 2022.

Figura 4

Material utilizado para a confecção dos troféus para a premiação.



DISCUSSÃO

Um dos pontos percebidos em experiências prévias da disciplina foi a dificuldade de mobilizar o interesse de uma turma com muitos alunos, sobretudo quando a simulação de consultas se dava de forma individual. Neste cenário, com o tempo, as pessoas que já haviam sido avaliadas pela guia de Calgary Cambridge, ou não estavam sendo avaliadas naquele momento, dispersavam sua atenção, tornando a aula muitas vezes enfadonha em boa parte do processo, e prejudicando o aprendizado ao final, tendo em vista que a lógica de progressão da disciplina era a de percorrer todas as seções da guia, numa construção espiral do conhecimento.

Outras tentativas prévias incluíram anamneses grupais sucessivas, que se mostraram interessantes, mas seu uso em excesso também gerou dispersão depois de dois ou três momentos de realização. A anamnese intercalada entre individual e coletiva foi uma estratégia acertada, porém ainda assim, em alguns momentos, como a equipe não participava, manteve-se a dispersão, especialmente em semanas de provas, ou final de semestre.

Por isto, as regras passaram a incluir a possibilidade de a equipe contribuir ao final da anamnese individual, complementando-a, fazendo com que a nota da equipe (válida para o campeonato) pudesse ser aumentada em relação à nota do indivíduo sob avaliação (válida para avaliação somati-

Figura 5

Troféus confeccionados para a premiação das equipes. Ouro Preto, 18 de outubro de 2022.



va). As notas do grupo corresponderam à somatória das notas individuais pela avaliação pela guia de Calgary e Cambridge.

A gamificação foi útil para manter a atenção e interesse dos alunos, despertando a necessidade de apoiar o colega e, portanto, fomentando a atuação baseada na equipe, na qual os alunos trocavam ideias no grupo sobre a melhor maneira de elaborar perguntas a partir de seus roteiros, mas especialmente para além deles, procurando ampliar a avaliação e o seu conhecimento de forma a se tornarem responsáveis pelo seu aprendizado mediante o estímulo da colaboração. Sob este aspecto, as regras estimulavam a leitura dos textos base tanto para a participação individual no primeiro momento da aula, quanto para o momento da simulação da entrevista médica. Consoante a isso, como a organização da dinâmica permitia o auxílio do estudante pelo seu grupo ao final da dramatização, incentivou-se uma troca orgânica e espontânea de saberes no desenvolver da atividade.

Ademais, o observar das simulações de consultas permitiu que os alunos desenvolvessem a habilidade de perceber aspectos da consulta centrada na pessoa, bem como da correta utilização dos itens avaliados pela guia de Calgary e Cambridge. Soma-se a isso um outro aspecto importante observado durante o processo de aprendizagem: essas práticas permitiram que estudantes com diminuta vivência em consultório médico pudessem ser expostos a uma pluralidade de situações que remontam a realidade profissional. Com isso, foram fortalecidos além dos conhecimentos inicialmente pretendidos, *soft skills* desejáveis no contexto de um atendimento, tais como a postura profissional, o tom de voz adequado e o como tocar o paciente durante um momento de acolhida.

Na prática, o conjunto de gamificação e suas regras, a simulação de consultas, e a pontuação de atendimentos que geram notas individuais bem como pontuação para o grupo, potencializam o aprendizado do aluno ao assistir:

- A atuação do monitor/ professor e o atendimento do aluno de cada grupo;
- A participação do grupo ao final, mantendo a atenção para não ‘perder’ pontos de acordo com as regras, e tentando ‘subir’ a nota do grupo ao acrescentar pontos não avaliados individualmente;

- O segundo atendimento, como um reforço do primeiro, quando o grupo adversário está atendendo;
- O *feedback* dado individualmente a cada um dos dois alunos ‘adversários’ na rodada;
- O *feedback* do monitor que fez a simulação dos paciente, que por ser uma figura que já fez a disciplina, e está mais próxima do aluno atual, é capaz de estabelecer uma comunicação personalizada e contextual;

O *feedback* realizado ao final proporcionou um momento rico de aprendizado, pelas questões já estabelecidas, por ser um momento de interação entre os “competidores” avaliados, mas também entre todos os atores – professor, monitores, alunos avaliados e alunos da roda – proporcionando diferentes olhares que, ora se confirmavam, ora se complementavam, tornando o momento único.

Por fim, a disciplina organizada de tal forma mostrou-se um experimento válido também aos monitores que são também alunos, mas de períodos mais avançados. A vivência enquanto figuras ativas junto ao professor permitiram um maior aprofundamento do método de ECCP, suscitando reflexões sobre suas respectivas práticas durante as consultas médicas, em um momento em que eles mesmos estão atendendo pacientes reais nos semestres seguintes. Desse modo, pode-se observar ganhos potencializados pela interação de atores em diferentes papéis e momentos formativos, conseguindo-se estabelecer o envolvimento ativo e participativo destes no processo de ensino-aprendizagem descrito.

CONCLUSÃO

A presente experiência sugere a importância de se estabelecer meios para a mobilização dos participantes como sujeitos ativos da construção do próprio conhecimento. Ensinar baseando-se em competências exige um aprendizado customizado e contextual, partindo do princípio de que as pessoas estão em momentos de vida diferentes e vêm de experiências diversas, demandando uma observação individual e um *feedback* personalizado para proporcionar atividades profissionais consolidadas através de competências confiáveis, esperadas para o momento de formação, mas que estarão em diferentes níveis de aquisição.

Também a criação de grupos em um processo de *gamificação* estabelece a necessidade de cooperação e sentimento de pertinência, criando estratégias para a atuação em equipe, complementação de saberes, aprendizagem colaborativa e capacidade de estabelecer *feedback* de forma construtiva. Assim, o grupo sobrepõe-se ao indivíduo construindo novos canais de aprendizagem pelo debate entre seus membros para colaborar no incremento de sua avaliação.

Deste modo, os aprendizes tornam-se pessoas ativas e críticas face ao processo de aprendizado, distanciando-se da posição passiva de recebimento de informações expositivas, a qual são colocadas durante a maior parte da trajetória acadêmica. A introdução de atividades de metodologia ativa, tal

qual a *gamificação* e a simulação clínica por dramatização e representação de papéis compõem estratégias de incentivo ao aprendizado, de modo a proporcionar um cenário dinâmico e necessariamente participativo.

Nesse aspecto, é importante apontar que existem desafios a serem superados, como a transição do discente de sumariamente ouvinte para protagonista no próprio aprendizado e a manutenção da atenção diante dessa ferramenta de ensino ativo, a fim de desenvolver habilidades essenciais para a formação acadêmica, como a capacidade de realizar uma entrevista clínica realmente centrada no pessoa, que será exigido deste aluno ao longo do curso, e da vida, numa constante espiral de aprendizagem que o acompanhará ao longo da prática médica.

REFERÊNCIAS

1. Flexner A. Medical education in the United States and Canada. From the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, Bulletin Number Four, 1910. Bull World Health Organ. 2002;80(7):594-602. Epub 2002 Jul 30. PMID: 12163926; PMCID: PMC2567554. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12163926/>.
2. Savassi LCM, Dias EC, Gontijo ED. Formação médica, Atenção Primária e interdisciplinaridade: relato de experiência sobre articulações necessárias. Rev. Docência Ens. Sup., Belo Horizonte, v. 8, p. 189-204, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/rdes/article/view/2339>.
3. Mitre SM, Siqueira-Batista R, Girardi-de-Mendonça JM, de Moraes-Pinto NM, Meirelles CAB, Pinto-Porto C, et al. Active teaching-learning methodologies in health education: current debates. Cien Saude Colet [Internet]. 2008;13 Suppl 2:2133-44. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232008000900018>.
4. Almeida FN, Lopes AA, Coutinho DM, Cardoso AJ, Santana LA, Santos VP, Guimarães LH, Oliveira LJA. Formação Médica na UFSB: III. Aprendizagem Orientada por Problemas e Competências. Rev Bras Educ Medica [Internet]. Jan 2018 [citado 27 jul 2023];42(1):129-41. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n3rb20170026>.
5. Ribeiro VMB. Discutindo o conceito de inovação curricular na formação dos profissionais de saúde: o longo caminho para as transformações no ensino médico. Trab educ saúde [Internet]. 2005 Mar;3(1):91-121. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462005000100006>.
6. Freitas CM, Freitas CASL, Parente JRF, Vasconcelos MIO, Lima GK, Mesquita KO, et al. USO DE METODOLOGIAS ATIVAS DE APRENDIZAGEM PARA A EDUCAÇÃO NA SAÚDE: ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA. Trab educ saúde [Internet]. 2015;13:117-30. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00081>.
7. Engelhorn CA. O Uso do Role-Play no Ensino da Técnica de Anamnese e de Habilidades de Comunicação para Estudantes de Medicina. Revista Brasileira De Educação Médica [Internet]. 2019 [acesso em 2023 jan 20]; 43(3), 178-183. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n3RB20180243>.

8. Rocha SR, Romão GS, Setúbal MSV, Collares CF, Amaral E. Avaliação de Habilidades de Comunicação em Ambiente Simulado na Formação Médica: Conceitos, Desafios e Possibilidades. *Rev bras educ med* [Internet]. 2019 [acesso em 2023 jan 20];43(1):236-45. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190154>.
9. Paiva JHHGL, Barros LCM, Cunha SF, Andrade THS, Castro DB. O Uso da Estratégia Gameificação na Educação Médica. *Revista Brasileira De Educação Médica* [Internet]. 2019 [acesso em 2023 jan 20];43(1):147-56. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n1RB20170140>.
10. Dohms MC. Videogravação de consulta como instrumento docente para ensino da comunicação clínica na atenção primária à saúde. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, p 114-115, 2018.