



A Construção de Competências Comunicacionais no Contexto do Ensino Médico à Luz da Interdisciplinaridade

Ingrid dos Santos Ferreira¹, Roberto Pires Porto², Shana Hastenpflug Wottrich³, Sandro Alex Evaldt⁴

Resumo: O artigo discute potenciais contribuições da interdisciplinaridade para a construção de competências comunicacionais no ensino médico, sob as perspectivas da Teoria da Complexidade e da Pragmática da Comunicação Humana. Tal discussão sustenta-se na descrição da implementação de atividades de uma disciplina do curso de Medicina da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), espaço em que dialogam docentes da área da Psicologia e da Semiologia Médica. Propõe-se que a interdisciplinaridade, por meio do reconhecimento do tensionamento entre diferentes áreas de conhecimento, pode ser usada como força motriz para a reflexão e para a problematização, no contexto da construção de habilidades e atitudes requeridas para a realização de uma entrevista médica.

Palavras-chave: Interdisciplinaridade. Interprofissionalidade. Educação médica. Competência comunicacional. Currículos médicos.

Building Communication Skills in the Context of Medical Education in the Light of Interdisciplinarity

Abstract: The article discusses potential contributions of interdisciplinarity to the construction of communication skills in medical education, under the perspectives of the Theory of Complexity and the Pragmatics of Human Communication. This discussion is based on the description of the implementation of activities of a course of in the Medicine program in Federal University of Pampa, a context in which teachers of Psychology and Medical Semiology dialogue. It is proposed that interdisciplinarity, based on the recognition of the tension between different areas of knowledge, may be considered a driving force for reflection and problematization, as regards the construction of skills and attitudes required to conduct a medical interview.

Keywords: Interdisciplinarity. Interprofessionalism. Medical education. Communication skills. Medical curriculum.

¹Discente, Curso de Graduação em Medicina, Universidade Federal do Pampa, Uruguaiana, RS, Brasil, ingridferreira.aluno@unipampa.edu.br. Orcid: 0000-0002-6075-4715;

²Discente, Curso de Graduação em Medicina, Universidade Federal do Pampa, Uruguaiana, RS, Brasil, robertoporto.aluno@unipampa.edu.br. Orcid: 0000-0002-1624-7441;

³Psicóloga, Doutora em Psicologia, Professora do curso de graduação em Medicina e do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Pampa, Uruguaiana, RS, Brasil, shanawottrich@unipampa.edu.br. Orcid: 0000-0003-0446-1982;

Introdução

O entendimento do processo saúde-doença e das ações de atenção em saúde atuais propõe um olhar integrado sobre o sujeito, em que se problematiza a concepção objetiva de saúde e doença, assim como a busca pelo entendimento do adoecimento e da saúde como produções ancoradas em contextos sociais, econômicos, políticos e religiosos específicos. Essa compreensão, preconizada pelo princípio da Integralidade, diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, valoriza o acolhimento dos diferentes modelos explanatórios sobre a saúde e a doença, incluindo as práticas populares de cuidado e tratamento, entendendo a saúde como um processo que implica na co-construção de práticas dos atores envolvidos (MACHADO, 2007). Nessa perspectiva, são enfatizadas as “tecnologias leves” de cuidado, tecnologias relacionais para a produção de cuidado em saúde, nomeadamente o vínculo, a escuta, a responsabilização (NEVES, 2008).

Observa-se, nesse contexto, um tensionamento, na medida em que, sobrepondo-se à essa compreensão, apresentam-se ações de atenção à saúde caracterizadas por práticas de cuidado nas quais predomina a utilização de avançados recursos tecnológicos, tais como exames diagnósticos e intervenções invasivas, as “tecnologias duras” de cuidado (NEVES, 2008). O uso exclusivo dessas tecnologias baliza-se em uma perspectiva biomédica sobre o processo saúde-doença, pautada em medidas objetivas e numéricas e em dados físico-químicos, para atestar ou validar diagnósticos, e pela visão das doenças como entidades (HELMAN, 2009), gerando práticas que desconsideram a singularidade das pessoas envolvidas nos processos de atenção à saúde.

Entende-se que a referida concepção biomédica sobre a atenção em saúde, embora seja problematizada nas novas configurações curriculares, ainda é a hegemônica, sendo seus alicerces construídos num modelo de ensino, no âmbito da medicina, caracterizado por uma organização curricular tradicional, que sobrevaloriza os aspectos biológicos, fragmentando o conhecimento em disciplinas (ALMEIDA, 2001). Esse modelo de ensino pauta-se no uso de metodologias influenciado por uma perspectiva tradicional de ciência, regida pelo paradigma da simplificação, considerando o conhecimento separado em partes e fragmentado. As operações de acesso ao conhecimento funcionam, coerentes a essa perspectiva, por meio de uma lógica excludente, em que se entende o fenômeno abstraído do seu contexto e da sua história. Trata-se de um tipo de conhecimento “mutilador”, pois preconiza um modo de

organização do saber calcado num olhar simplificador sobre a realidade, em que se propõe uma visão unidimensional e abstrata do mundo, por meio de uma fragmentação do tecido complexo das realidades - fazendo crer que um corte arbitrário no real é o próprio real (MORIN, 2011). No marco dessa concepção, o processo ensino-aprendizagem é circunscrito à reprodução do conhecimento, sendo que o professor assume um papel de “transmissor” de conteúdos para o discente, que, por sua vez, é convocado a reproduzir acriticamente (BEHRENS, 2013).

Contrapondo-se a essa perspectiva e objetivando a formação de profissionais médicos alinhados aos pressupostos de atenção à saúde preconizados pelos princípios e diretrizes do SUS, surge a proposta das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) vigentes dos cursos de graduação em Medicina (BRASIL, 2014a). Tais diretrizes apontam para a demanda de construção de práticas pedagógicas que assumam o aluno como protagonista na construção do conhecimento, considerando a autonomia discente como balizadora para seu processo de formação (FREIRE, 1996).

Nesse contexto, a competência comunicacional configura-se elemento chave requerido no exercício da profissão e indispensável para formação de um profissional médico competente. Por “competência” considera-se a maestria em praticar os conhecimentos, as habilidades e as atitudes nas situações requisitadas no trabalho, com potencial capacidade de mobilizar e articular conhecimentos advindos de áreas distintas. Trata-se de um construto multifacetado, que articula aprendizados teóricos e práticos com envolvimento das dimensões cognitivas, técnicas, relacionais, afetivas, integrativas e contextuais. O caminho para aprimorá-la exige busca ativa pelo conhecimento por parte do discente, complementar à interdisciplinaridade, que estimula emancipação intelectual, a fim de iniciar o desenvolvimento da identidade profissional (BEZERRA, 2020; FERNANDES, 2018; SANTOS, 2011). As universidades alicerçadas nesse tipo de organização curricular têm como foco o resultado que é o “o que o discente deve aprender” e não no processo “o que deve ser ensinado”.

No marco de uma contextualização do ensino médico, tem-se que a entrevista médica, anamnese, representa um aprendizado primordial para o exercício da Medicina. O médico é, antes de tudo, um grande comunicador, que deve desenvolver habilidades e atitudes na direção das necessidades da pessoa sob cuidado. Com base nessas ideias, depreende-se o seguinte apontamento de Porto (2014a, p.61), um dos maiores expoentes no ensino da Semiologia e Propedêutica:

Somente a partir do momento em que tem diante de si pessoas fragilizadas pela doença, pelo receio da invalidez, pelo medo de morrer, é que o estudante percebe que

o trabalho do médico não é apenas técnica, embora tenha que dominá-la o melhor possível para ser competente, e que há alguma coisa mais, diferente de tudo o que viu até então, que interfere com seus valores, crenças, objetivos, sentimentos e emoções, obrigando-o a refletir sobre a carreira médica.

Tem-se, portanto, que o aprendizado da anamnese representa um desafio, considerando-se as primeiras vivências do estudante de Medicina. Essa etapa requisita do discente a saída de zona de conforto e o direcionamento de sua atenção para os aprendizados, tanto de Semiologia quanto da Propedêutica. A Semiologia trata do método clínico, basicamente composto pela anamnese e exame físico. Já a Propedêutica refere-se à forma de conceber a saúde e doença, multidimensionalmente, considerando aspectos físicos, psicológicos, sociais, familiares, culturais, ambientais, históricos, dentre outros elementos interdependentes que formam uma teia (PORTO, 2014a). Ao entrar em contato com a Propedêutica, o estudante começa a trilhar o seu caminho, a partir da sua bagagem cultural prévia, para que o conhecimento adquirido em aula seja significativo. E partir dessa “aprendizagem significativa”, espera-se que o indivíduo possa consolidar tanto na prática, como estudante, quanto futuro médico(a) todo o conhecimento construído.

O conceito de “aprendizagem significativa”, desenvolvido por Ausubel, explica o mecanismo humano para apreensão e armazenamento dos conhecimentos, os quais são organizados hierarquicamente e compostos de duas principais características: não arbitrariedade e substantividade (MOREIRA, 2001). O primeiro, refere-se à forma como a nova informação se relaciona com o conhecimento prévio do indivíduo, como pontos de ancoragem (“subsunçores”) preexistentes na estrutura cognitiva. O segundo, refere-se ao conteúdo que é incorporado à memória, sendo a substância do novo conceito (significado), e não as palavras usadas especificamente (signo), que é incorporado à estrutura cognitiva.

Dentre os principais desafios que o aprendizado da anamnese representa estão: conciliar a memorização de uma entrevista semiestruturada, que ainda não se faz presente memória de longa duração, com a narrativa singular de cada pessoa sobre seu adoecimento sob a forma de escuta ativa; perceber o afeto desenvolvido em cada consulta, os sentimentos e necessidades emanados dela (dimensões físicas, psicossociais e culturais), e como convergir tudo isso mediante uma trama comunicacional (PORTO, 2015b).

O Contexto do processo de Ensino-Aprendizagem de Competências Comunicacionais

Com base neste contexto de compreensão do cenário de ensino-aprendizagem, o curso de Medicina da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA) foi criado em 2016, na cidade de Uruguaiana, Rio Grande do Sul. Sua implantação foi resultado de uma reivindicação comunitária da cidade. O objetivo principal do curso é propiciar a formação de um profissional generalista, com visão humanística, crítica e reflexiva, cuja responsabilidade é contribuir com a região em que se insere (SANTOS, 2011). Norteados pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina (BRASIL, 2014a), o currículo foi concebido como um meio em que se ancoram distintas estratégias pedagógicas e não apenas como um fim, exigindo mudanças operacionais e metodológicas para a formação médica (BRASIL, 2019b). Assim, dispõe de uma perspectiva formativa pautada em competências que estão em consonância com as estruturas curriculares preconizadas.

Com o intuito de integralizar os conhecimentos com implicações consideráveis na educação médica, e contrário à fragmentação dos saberes, a *práxis* do ensino da anamnese médica na UNIPAMPA fundamenta-se no processo educativo, com vocação interdisciplinar. Essa perspectiva ocorre a partir do Componente Curricular "Introdução à Psicologia e Habilidades Médicas" (IPHM), ofertada no primeiro período do curso de Medicina, construída com a interlocução entre professores das áreas de Psicologia e Semiologia na condução de todas as atividades.

As referidas atividades têm como eixo norteador os objetivos do referido componente curricular. Os conteúdos abordados referem-se à apresentação de atributos da comunicação humana, assim como conhecimentos, habilidades e atitudes esperados para a realização de uma entrevista médica e composição de um texto de anamnese.

As atividades relatadas aconteceram em dois semestres letivos, no ano de 2019, na UNIPAMPA, semanalmente, em horários curriculares. Participaram delas os acadêmicos de Medicina ingressantes na instituição, matriculados na disciplina pertencente ao primeiro período do curso. No início do semestre, as atividades que compreenderam a abordagem desses conteúdos foram realizadas predominantemente numa perspectiva do processo de ensino-aprendizagem centrado no estudante, por meio de estratégias didáticas que envolveram metodologias ativas, tais como *jigsaw*, rodas de conversa, sala de aula invertida, rotação por estações, dentre outros, possibilitando a discussão e a reflexão sobre elementos constituintes da relação médico-paciente, com ênfase para o reconhecimento e construção de competências

comunicacionais. Tais atividades foram conduzidas, concomitantemente, por dois professores: um médico e uma psicóloga. Posteriormente, houve a aplicação prática dos conhecimentos, por meio do *Role-Play*, que será descrito mais pormenorizadamente a seguir.

O *Role-Play* propõe uma dinâmica em trios. A atividade contemplou a realização de entrevistas com três papéis distintos: dois acadêmicos cursantes da disciplina alternaram papéis, ora ocupando a posição de Médico Simulado, ora de Observador; e um discente convidado, de semestre mais avançado no curso, dramatizou o papel de Paciente, conforme ilustra a Figura 1. Desta forma, objetivou-se propiciar uma situação mais próxima possível da realidade de uma consulta médica. Para que essa dinâmica fosse exequível, houve a criação de um banco amplo e diversificado de casos para capacitação dos “Pacientes Simulados”, previamente à atividade, seguindo os seguintes passos:

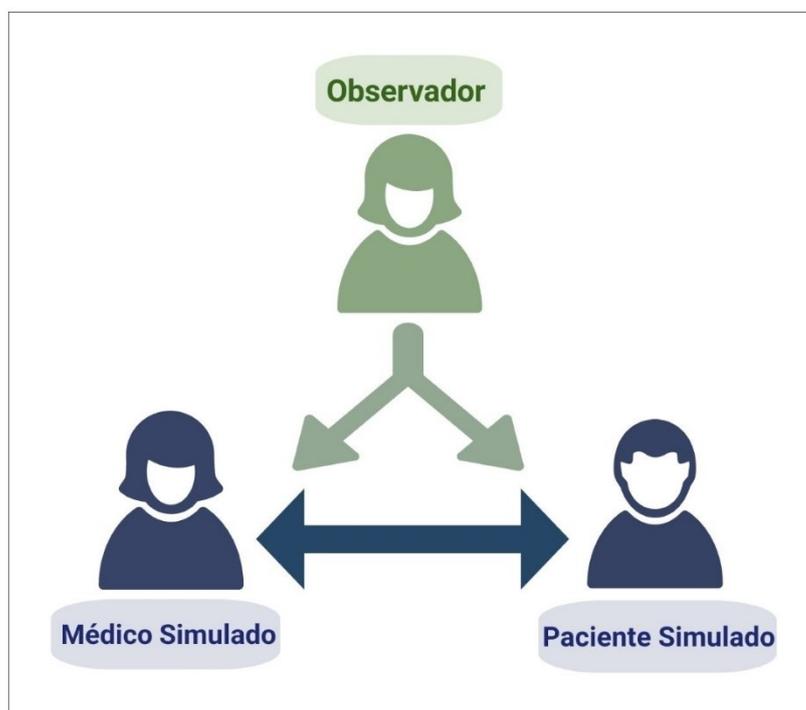


Figura 1 - Dinâmica do Role-Play

i) “Paciente Simulado” recebia o caso clínico contextualizado com uma semana de antecedência e era orientado a passar apenas informações solicitadas pelo "Médico Simulado", no momento da dramatização. Outra atribuição do ator foi realizar o *debriefing* da entrevista logo que houvesse a finalização da atuação, alertando o discente para aspectos que faltaram aprofundar. Para essa atuação, poderiam participar graduandos de medicina de

semestres mais avançados, dispostos a participar dessa atividade de ensino. A figura 2 aborda um recorte dos modelos de Caso Clínico usado no *Role-Play*.

CASO CLÍNICO – Úlcera Duodenal - Masculino

Peculiaridades social, familiar e psicológica: João reside, com o esposa e 2 filhas, em uma comunidade ribeirinha na cidade de Uruguaiana. Trabalha como mestre de obras e a esposa, como diarista. Recentemente, a esposa diminuiu expressivamente a carga horária de trabalho, o que obrigou João a assumir atribuições de trabalho em dois locais concomitantemente, para complementar a renda familiar, sobrecarregando-o. O casal tem 2 filhas adolescentes: Júlia, de 15 anos e Alice, de 17 anos. Associado à jornada exaustiva de trabalho, João tem tido dificuldades relacionais com as duas filhas. As meninas têm tido notas baixas no colégio e se relacionado com pessoas que João e a esposa desaprovam. Ele é uma pessoa bastante introvertida e calada em suas relações, e diante de situações conflituosas, é intempestivo, “estourado”. Nas situações de inconformidade com o comportamento das filhas, acaba por não conversar com as meninas, mas grita e briga com elas.

Aspectos psicológicos e comunicacionais do contexto da entrevista: No momento da entrevista, João se comporta de forma bastante apática. Fala pouco e visivelmente tem dificuldades de descrever o que pensa e sente. Denota postura “reservada” no contexto da entrevista, sendo difícil acessar a sua narrativa. Demanda uma postura mais ativa do(a) profissional, exigindo que ele busque diferentes estratégias para incentivar que a paciente fale.

ANAMNESE

Identificação: Joao Pedro Gonçalves, 42 anos, masculino, branco, casado, mestre de obras, católico, natural de Porto Alegre e procedente de Uruguaiana.

Queixa principal/Motivo da consulta: Dor abdominal

História da doença atual: Paciente vem a consulta na UBS por dor recorrente na região superior do abdome, a qual iniciou há cerca de 2 meses. Informa que há 2 meses vem sentindo episódios de dor epigástrica, em queimação, de moderada intensidade, geralmente após 2 a 3 horas sem se alimentar, inclusive lhe despertando durante o sono. A dor é aliviada temporariamente (por 2-3 horas) após a ingestão de alimentos ou antiácidos. No último mês observou aumento da frequência dos episódios e da intensidade da dor, coincidindo com o período que começou a trabalhar em duas obras, com aumento do estresse, dificuldade de manter alimentação regular, tendo aumentado o consumo de café e "fast food". Há 2 semanas, vem fazendo uso (por conta própria) de dipirona e diclofenaco para cervicalgia e lombalgia, as quais ele atribui a tensão muscular. Neste último mês, está apresentando náuseas frequentes, azia e distensão pos-prandial. Nega alteração do hábito intestinal ou presença de sangue nas fezes. Informa nunca ter apresentado quadro semelhante anteriormente.

História médica progressiva ou antecedentes pessoais: Paciente teve catapora quando criança e não sabe informar sobre suas vacinas. É alérgico a amoxicilina. Foi submetido a apendicectomia aos 12 anos e colecistectomia aos 40 anos. Nega outras internações hospitalares ou transfusões sanguíneas. É hipertenso e dislipidêmico (colesterol alto), fazendo uso regular de losartana, 50 mg, 2x ao dia, atenolol 25mg, 1x ao dia e sinvastatina 20mg 1x ao dia. Fuma 01 carteira de cigarro/dia, desde os 19 anos. Nega ingestão de álcool ou uso de drogas ilícitas.

História familiar: Pai falecido aos 59 anos por câncer de estômago; Mãe viva, com 65 anos, hipertensa e diabética. Irmão com 47 anos, hipertenso, diabético. Filhas hípidas.

Perfil pessoal e social: Paciente católico, com ensino fundamental, mestre de obras há cerca de 20 anos. Mora em pequena casa de alvenaria, com saneamento básico completo (água, luz e esgoto), com a esposa e 2 filhas (15 e 17 anos). Atualmente é sedentário, alimentando-se mal, com estresse intenso pela sobrecarga de trabalho. Informa manter relações sexuais apenas com a esposa, sem uso de preservativos

Revisão sistemas: Além dos sintomas já referidos na HDA, refere insônia, com sensação de fraqueza e cansaço há cerca de 30 dias. Refere ganho de peso nos últimos 3 meses (aumentou 6kg neste período – 79 para 85kg). Refere alopecia há 2 anos. Nega disfagia, odinofagia ou alteração no hábito intestinal (evacua 1x ao dia, fezes bem formadas). Nega alterações de pele, sintomas respiratórios ou cardiovasculares. Apresenta episódios frequentes de cervicalgia e dor lombar (lombalgia), de moderada intensidade (nota 6), geralmente no final do dia, com alívio após usar medicação por conta própria. Nega alterações genitourinárias.

Figura 2 – Caso Clínico

ii) Para avaliação da área de Semiologia Médica e correção desta atividade, pactuou-se um *checklist* dos itens necessários à anamnese;

iii) Para análise das Competências Comunicacionais, a situação simulada foi analisada por um acadêmico cursista da disciplina, o qual, além de observar e acompanhar a

consulta em andamento, preencheu uma grade de avaliação. A grade supracitada avaliou comportamentos e atitudes previamente pactuados sob a forma de um *checklist* que guiou a postura do “Médico Simulado” frente ao entrevistado, bem como aspectos da comunicação verbal e não verbal

Ao final da atividade de *Role-Play*, os professores responsáveis pela disciplina recolhiam as anamneses e as avaliações e na semana seguinte ofertavam um *debriefing* apreciativo sobre o desempenho dos estudantes na semana anterior, assim como devolução das folhas de avaliação, tanto da anamnese quanto das competências comunicacionais, enquanto proposta crítico-reflexiva acerca dos pontos a serem melhorados.

Figura 3 – Grade de critérios para a observação de aspectos atitudinais e comportamentais nas dinâmicas de *Role-play*

Critério	Sim	Não	Comentário/Exemplos
Apresenta-se de maneira cordial?			
Pergunta o nome da pessoa (quando pertinente)?			
Anuncia o objetivo da entrevista?			
Chama a pessoa pelo nome?			
Encoraja a pessoa para contar a sua experiência por meio de manifestações não verbais? Se positivo, como realiza este encorajamento?			
Apresenta elementos vocais coerentes com a situação de entrevista (volume, entonação, velocidade)?			
Tem expressão facial congruente com o que a pessoa refere?			
Realiza questões abertas?			
Utiliza-se de questões anexas para explorar aspectos abordados pela pessoa?			
Investiga a perspectiva do(a) entrevistado(a) sobre causas atribuídas à sua condição de saúde?			
Investiga a perspectiva do(a) entrevistado(a) sobre sentimentos em relação à sua condição de saúde?			
Investiga a perspectiva do(a) entrevistado(a) sobre repercussões da condição de saúde no funcionamento em atividades cotidianas?			
Investiga a perspectiva do(a) entrevistado(a) sobre suas expectativas em relação à consulta médico/ao tratamento?			
Investiga a rede de apoio do(a) entrevistado(a) (com quem pode contar em momento de necessidade)?			
Realiza perguntas de forma encadeada?			
Permite que a pessoa complete suas declarações sem interrupções precoces?			
Resume a fala da pessoa?			
Parafraseia a fala da pessoa?			
Permite momentos de silêncio?			
Quando pertinente, interrompe a pessoa para seguir a condução da entrevista (reorientação da condução da entrevista)?			
Utiliza palavras compreensíveis para a pessoa?			
Oferta espaço para a pessoa colocar questões ou complementações?			
Resume e confirma as informações levantadas na entrevista?			
Realiza um fechamento da entrevista, ofertando um início de plano de ação?			

A Interdisciplinaridade e a construção de Competências Comunicacionais: Reflexões sobre a experiência

No marco dessa contextualização, nas atividades propostas no componente curricular supracitado, evidenciam-se três dimensões, que representam as contribuições para o ensino médico, com base na “Estrutura Conceitual da Interprofissionalidade” (CECCIM, 2018; CORREIA, 2019; FERNANDES, 2018). Na dimensão cognitiva, a interprofissionalidade

ocorre por meio da complementação entre as narrativas das áreas da Semiologia Médica e da Psicologia, para a integralização dos saberes. Na dimensão pragmática, há estabelecimento de uma prática compartilhada/colaborativa. Na dimensão subjetiva, há envolvimento afetivo de ambas as partes, cada qual com seus ofícios. Essa *práxis* interprofissional, por meio da presença concomitante de docentes da área da Psicologia e da Medicina em sala de aula, representa um estímulo ao trabalho em equipe, ampliando a capacidade de resposta ao unir arsenal de saberes e domínios advindos de perspectivas epistemológicas distintas.

Assim, as atividades instrucionais contam com uma colaboração de profissões que trabalham em uma zona de ação “inter”, integralizando-os em uma mesma atividade e campo do saber (competência comunicacional). Este caminho percorrido exige novas demandas de conhecimento, considerando os atributos necessários que o médico deve desenvolver para o exercício da profissão. Indo ao encontro da interprofissionalidade (um recorte do ofício), a interdisciplinaridade, enquanto domínio de conhecimento, liga-se diretamente à esta. E não se refere a uma mera justaposição, mas um movimento para redução das barreiras dialógicas entre as disciplinas, em uma posição de integração/articulação (CECCIM, 2018; CORREIA, 2019; FERNANDES, 2018).

Essa perspectiva, tomada na compreensão do processo ensino-aprendizagem de competências comunicacionais ao longo da formação médica, assenta-se no pressuposto de que os fenômenos humanos são multideterminados, multifacetados e complexos. Tem-se, assim, que a construção do conhecimento, no processo de formação, demanda o reconhecimento de que os fenômenos devem ser compreendidos, sempre e necessariamente, à luz de seu contexto. Além disso, pensar o processo de comunicação, no âmbito de uma postura interdisciplinar, sob a perspectiva do Pensamento Complexo, implica em admitir que noções eventualmente antagonistas podem ser compreendidas como complementares. Nesse escopo, não há a pretensão de substituir os conceitos de clareza, determinação, certeza e coerência, pelos de ambiguidade, incerteza e contradição, mas há a demanda de convivência e interação entre eles. As implicações dessas concepções referem-se ao reconhecimento das múltiplas verdades, dos diversos domínios de coerências operacionais construídos por diferentes campos de saber, buscando uma perspectiva integrativa de concepção do conhecimento (FERNANDES, 2018; MOREIRA, 2001; MORIN, 2011; PORTO, 2015b).

No que diz respeito ao percurso de formação médica, ao passo que o acadêmico almeja o contato com a pessoa que busca atendimento, há diversos desafios para que se estabeleça a comunicação. Inicia-se chamando a pessoa pelo nome, pois é ali que se inicia a consulta,

avaliando a marcha dela, as expressões faciais. A partir de então, emanam diversos monólogos: Em qual cenário de atendimento me encontro? Quem é a pessoa que atenderei? Qual é o itinerário da pessoa até chegar naquela consulta? Como estabelecer o vínculo, seguindo um roteiro semiestruturado? Qual fase do desenvolvimento psicossocial a pessoa se encontra? Como foi o processo de adoecimento para ele (a)? É uma doença aguda ou crônica? Quais determinantes sociais mais influenciam para o estabelecimento daquela doença? Quais vulnerabilidades? Quais formas de comunicação verbal e não verbal estão sendo predominantes naquele encontro? Como fazer um compartilhamento de decisões? O que a pessoa quer saber do seu diagnóstico? Atentar-se não apenas ao que está sendo dito, mas também à forma como está sendo dito. Como é a rede de apoio desta pessoa? Para isso, é necessário ampliar o olhar sobre os fenômenos, considerando as relações que influenciam na existência da pessoa. Desta forma, muito desses monólogos surgem durante a confluência com a narrativa da pessoa que busca atenção, a qual se revela complexa e multicausal, em decorrência do processo de adoecimento bem como o seguinte excerto contextualiza.

A narrativa é apresentada como uma estratégia para se pensar e propor caminhos no sentido da integração das diferentes dimensões, conhecimentos, contextos, desejos, necessidades e demandas presentes no ato clínico. Ela representaria, ao mesmo tempo, modelos do mundo e da identidade pelos quais construímos a nós mesmos como parte de nosso mundo (FAVORETO, 2011, p. 473,474)

Por meio da referida reflexão, depreende-se a importância das mensagens, configuradas em torno das atitudes e comportamentos dos interlocutores, excedendo o papel de mera transmissão de uma mensagem. A Teoria da Pragmática da Comunicação Humana (WATZLAWICK; BEAVIN; JACKSON, 1973) estabelece cinco axiomas que compõem o processo de comunicação, os quais corroboram para um melhor entendimento da relação médico-paciente: (1) Não se pode não comunicar; (2) Toda comunicação tem um aspecto de conteúdo e um aspecto de comunicação, de tal modo que o segundo classifica o primeiro e é, portanto, uma metacomunicação; (3) A natureza de uma relação está na contingência de pontuação das sequências comunicacionais entre os comunicantes; (4) Os seres humanos se comunicam digital e analogicamente; (5) Todas as permutas comunicacionais ou são simétricas, ou complementares, segundo se baseiem na igualdade ou na diferença. Avaliando a relação médico-paciente sob essa ótica, há um importante processo de ensino-aprendizagem com base em casos clínicos que mobilizam essas habilidades comunicacionais dos graduandos. Como, na consulta, há um contexto gerador de significados, em que a qualidade da relação estabelecida

entre os interlocutores afeta diretamente o processo de comunicação estabelecida, o acompanhamento do desenvolvimento de competências profissionais do acadêmico diante dessa situação, sob supervisão, é fundamental.

Com base na referida perspectiva de comunicação, na UNIPAMPA, o estudante inicia o desenvolvimento de competências e o domínio da técnica de anamnese no primeiro período, ainda que essa habilidade seja um eterno *devir* (vir a ser). O terreno fértil para o começo desse exercício inicia ao perceber o outro, aceitar a condição humana da pessoa em processo de adoecimento, entender a posição de fragilidade que ocupa, observar e reconhecer os elementos contextuais que são inerentes ao processo comunicacional estabelecido na consulta, potencializando as possibilidades de compreensão mútua dos interlocutores. Para tanto, evidencia-se a necessidade de o estudante imergir num exercício de autoconhecimento, de reconhecer os sentimentos despertados em cada consulta, de praticar a empatia, conectando-se à pessoa sob cuidado, gerando uma relação de confiança como “meio” para, então, alcançar o desenlace com o compartilhamento de decisões e estabelecimento de um plano terapêutico (CORREIA, 2019; SANTOS, 2011).

Assim, parte-se da proposição de que, abordar a construção de competências comunicacionais, desde uma perspectiva interdisciplinar, demanda tomar, como pressuposto, a complexidade inerente ao processo de comunicação. Trata-se de vislumbrar as relações não lineares que são estabelecidas entre os múltiplos elementos que configuram os processos comunicacionais (instabilidade), suas interações recíprocas e co-determinações, admitindo que os significados atribuídos aos fenômenos são construídos nas relações entre os seres falantes, sendo a realidade um processo de co-construção, na e pela linguagem (intersubjetividade). Pensar complexamente a realidade, dessa maneira, refere-se ao reconhecimento da instabilidade, da imprevisibilidade e da incontrolabilidade dos fenômenos, entendendo-os em processo, em constante transformação (FERNANDES, 2018; TAPAJÓS, 2007).

Complexidade, do latim *complexus*, quer dizer “o que é tecido em conjunto”, ou seja, em sua origem etimológica, a palavra alude ao imperativo de se pensar “no todo”, mas também nos processos contínuos de interação entre as “partes”, bem como no próprio processo de tecitura. Assim, pensar complexamente, segundo Morin (2011) é admitir, ao mesmo tempo, fenômenos complementares, concorrentes e antagonistas, não eliminando as contradições, mas reunindo as coerências diversas existentes, numa perspectiva dialógica. Pensar dialogicamente implica na articulação do pensamento, mantendo a dualidade no seio da unidade, sem pretender realizar uma síntese. Depreende-se disso a concepção de que todas as partes de um conjunto

estão integradas, associadas e em constante interação, na qual seus elementos se entrelaçam e se afetam recursivamente. Por “recursividade”, entende-se um processo não linear de relações causais, nas quais, ao mesmo tempo em que os indivíduos são produzidos nas relações construídas, também se tornam produtores do processo (VASCONCELLOS, 2009).

Com base nesses pressupostos, sustenta-se que a atitude interdisciplinar, no que diz respeito à construção de competências comunicacionais, ao longo das atividades descritas, está calcada no reconhecimento das limitações profissionais e no desenvolvimento de uma postura de aceitação e acolhimento da diversidade, possível por meio dos diálogos estabelecidos entre diferentes perspectivas epistemológicas a respeito da entrevista médica. Tal diálogo é possibilitado, exposto e favorecido pela presença simultânea de docentes das áreas da Psicologia e da Semiologia Médica em sala de aula.

A experiência da execução das atividades evidencia que a comunicação existente entre diferentes perspectivas acerca do conhecimento tem permitido que os discentes vislumbrem possibilidades de concepção do processo comunicacional na entrevista médica, de forma a integrar os diferentes aspectos que o compõem. Tal integração, no processo de ensino-aprendizagem que conforma as atividades, tem, como pano de fundo, a perspectiva teórica da Pragmática da Comunicação Humana, cujos axiomas foram anteriormente descritos e são abaixo exemplificados.

Um exemplo prático da forma como os “Axiomas da Comunicação” foram trabalhados nesta disciplina, provém da explanação referente ao caso clínico. A contextualização desse caso subsidiou o comportamento do ator, exigindo habilidades do “Médico Simulado”, vivência que serviu como terreno fértil para emergir diversas discussões pertinentes à entrevista dessa pessoa em específico. Tomando como base o quinto axioma, deve-se considerar que em toda consulta médica, as permutas comunicacionais são do tipo complementares, por se basearem na diferença de conhecimentos, motivo pelo qual a pessoa busca ajuda médica, sendo o profissional concebido, pela pessoa, como aquele que detém o conhecimento que intermediará o manejo daquele problema de saúde. Ao dar início a anamnese, o graduando perceberá que tem uma pessoa introvertida e apática durante a consulta, dificultando o acesso à narrativa dela ao mesmo tempo que há diversas perguntas a serem feitas a fim de nortear o raciocínio clínico e alcançar uma hipótese diagnóstica. Diante desse desafio, como cada “Médico Simulado” conduziu a comunicação? Como encorajar a pessoa que busca atenção a se comunicar?

Como usar a linguagem analógica (o quarto axioma), que denota uma posição de acolhimento e sinaliza interesse pela narrativa da pessoa que busca atendimento, incentivando

mudança comportamental para que seja mais comunicativo ou sinta-se mais à vontade durante consulta? Uma estratégia interessante é parafrasear as frases ditas pela pessoa, realizar perguntas abertas, não induzir respostas, se imaginar no lugar do outro de modo empático, dentre outros aspectos da comunicação. Até mesmo o silêncio comunica (primeiro axioma determina que não é possível não se comunicar), uma vez que tudo tem valor de mensagem. Desta forma, a grade de avaliação de competências comunicacionais proposta para o primeiro semestre sinaliza desenvolvimento de algumas competências principais esperadas e que se busca construir ao longo desse período, em um processo gradual de construção de conhecimento, respeitando as potencialidades e limitações pertencentes a cada etapa do curso.

Essas atividades simuladas traçam um caminho que será explorado com novas significações, quando o discente passar a entrevistar pessoas que apresentam demandas reais de atenção médica. Contudo, a dramatização, como etapa prévia, evidencia-se como importante ferramenta para treino das habilidades comunicacionais em situações delicadas, como a transmissão de uma notícia ruim e situações com pessoas prolixas, introvertidas ou apáticas. Ainda, constata-se outras vantagens, como a troca de experiência entre os pares e reflexões sobre situações abstratas que dificilmente seriam expressadas em palavras, pois, afinal, a prática é insubstituível e aplicar os conteúdos aprendidos favorece a aprendizagem significativa.

Os *debriefings* dos professores, dos atores e dos monitores têm se mostrado fundamentais para que os discentes percebam, inicialmente em situações controladas, os sentimentos despertados em cada situação de entrevista, para estimular o autoconhecimento, a empatia, o reconhecimento das reações psicológicas, dos afetos, que emanam do processo comunicacional estabelecido na consulta. “[...] Por afeto, compreende-se as afecções do corpo, pelas quais sua potência de agir é aumentada ou diminuída” (ESPINOSA, 2003). Por meio desse processo, busca-se que os estudantes atentem às potencialidades e pontos que possam ser melhorados para que construam o seu percurso de saber-fazer profissional.

Considerações Finais

A implementação da disciplina IPHM tem construído o desenvolvimento inicial das competências comunicacionais de estudantes de Medicina, mediante um contexto de atuação docente interdisciplinar, em prol do desenvolvimento de uma postura interprofissional. Cumpre mencionar que esse relato abrange um contexto singular, com protagonistas do processo ensino-aprendizagem específicos, inseridos num curso de graduação em Medicina cujas atividades

iniciaram recentemente. Considera-se, assim, que esta roupagem pode ter significações distintas ao se projetar a dinâmica descrita em outras circunstâncias. Trata-se de reconhecer que foi descrita uma visão teórico-prática de como alcançar os objetivos propostos pelas DCNs, como uma forma de "escalar a montanha", não sendo essa a única maneira de fazê-lo.

Os desafios enfrentados nesse processo referem-se à adequação curricular por competências e à criação de um sistema de avaliação que qualifique e valorize o discente não apenas sob ponto de vista técnico, mas também relacionado à construção de atitudes e comportamentos adequados e pertinentes para o exercício profissional. A articulação entre saberes e o encontro presencial com profissionais com *expertise* nas áreas de Semiologia Médica e Psicologia, para a realização da dinâmica do *Role-Play*, representou uma dificuldade no que concerne à implementação, considerando-se o tensionamento epistemológico constante entre as áreas de saber. Tal dificuldade foi considerada pelos docentes, sendo objeto de contemplação e de discussão, tanto no processo de planejamento, quanto no de execução das atividades.

Assim, considera-se que a adoção de uma postura interdisciplinar, no que concerne à construção de competências comunicacionais, na formação de profissionais médicos, está alicerçada no reconhecimento da interface entre diferentes áreas de saber-fazer. Tal reconhecimento demanda uma postura dialógica contínua, que permita abertura para a articulação e para a integração entre saberes. Sustenta-se que essa postura se inicia no processo de organização e preparação didático-pedagógicos sob a lógica da interprofissionalidade, e toma dimensão e “corpo” nas práticas e reflexões dos estudantes, na medida em que, tendo por base os diálogos estabelecidos pelos docentes em sala de aula, são convidados a ampliar o olhar sobre os fenômenos.

Com sustentação nas atividades propostas, objetiva-se construir um perfil profissional diferenciado, por meio da corresponsabilização dos estudantes em relação à sua estratégia formativa. Quando se é avaliado por competências, espera-se que os futuros médicos internalizem alguns valores e conceitos, e assim os levem para prática profissional. A disciplina almeja aprimorar as ferramentas metodológicas e formativas, imersas na transversalidade e interdisciplinaridade curricular, de forma que o discente torne-se cada vez mais “ativo” no processo de construção do conhecimento, estabelecendo, desde o início do curso, os fundamentos para o exercício da Medicina Centrada na Pessoa. Assim, embasado em um processo de escalonamento das competências, desenvolvidas ao longo do percurso formativo, permitindo aparar as arestas, a fim de esculpir a melhor versão do profissional que possam ser.

Referências

ALMEIDA, M.J. A Educação Médica e as Atuais Propostas de Mudanças: alguns antecedentes históricos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 25, n. 2, p. 45-52, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/bcqjkwYD3dWRdNGXrVpypxC/?lang=pt>. Acesso em: 26 ago. 2021.

BEHRENS, M. A. O Paradigma Emergente e a Prática Pedagógica. 6 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2013.

BEZERRA, K. L.; MACEDO, M. E. C. A Metodologia Ativa na Formação Profissional de Acadêmicos da Área da Saúde. Pernambuco, Brasil. *Rev. Id Online*, v. 14, n. 53, p. 408-421, 2020. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/2794>. Acesso em: 26 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da UNIPAMPA. Universidade Federal do Pampa: 2019; 1–268.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/ CES Nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 23 jun. 2014; Seção 1, p.8-11. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/escola-de-gestores-da-educacao-basica/323-secretarias-112877938/orgaos-vinculados-82187207/20138-ces-2014>. Acesso em: 26 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da Universidade Federal do Pampa Unipampa: 2019;1–268.

CECCIM, R. B. Conexões e Fronteiras da Interprofissionalidade: forma e formação. *Interface (Botucatu)*, Botucatu , v. 22, n. 2, p. 1739-1749, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/XRJVNsrHcqfsRXLZ7RMxCks/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 26 ago. 2021.

CORREIA, F. M. A. *et al.* Formação Interdisciplinar: Estratégia de Integração Ensino e Serviço Na Saúde. Pernambuco, Brasil. *Rev. Id Online*, v. 13, n. 46, p. 524-534, 2019. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1911>. Acesso em: 26 ago. 2021.

ESPINOSA, B. Tratado Teológico-Político- Ética III. São Paulo: Martins Fontes; 2003.

FAVORETO, C. A. O.; CAMARGO JR, K.R. A Narrativa Como Ferramenta para o Desenvolvimento da Prática Clínica. *Interface (Botucatu)*, Botucatu , v. 15, n. 37, p. 473-483, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/8C3sVSqXqgpMMcwgnNCN44F/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 26 ago. 2021.

FERNANDES A. M. M. Interdisciplinaridade: Perspectivas e Desafios na Atualidade. Pernambuco, Brasil. *Rev. Id Online*, v. 12, n. 40, p. 101-115, 2018. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1048>. Acesso em: 26 ago. 2021.

FREIRE, P. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 25 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

HELMAN, C. G. Cultura, Saúde e Doença. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, Formação de Saúde, Educação em saúde e as Propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DtJwSdGWKC5347L4RxMjFqg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 26 ago. 2021.

MORIN, E. Introdução ao Pensamento Complexo. 4a ed. Porto Alegre: Sulina, 2011.

MOREIRA, M. A.; MASINI, E. F. S. *Aprendizagem Significativa: Teoria de David Ausubel*. São Paulo: Centauro, 2001.

NEVES, C. A. B. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1953-1955, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/wvPxxpsmvrz7wrXPDQKW7Kb/?lang=pt>. Acesso em: 26 ago. 2021.

PORTO, C. C. *Semiologia Médica*. 7ed. Rio de Janeiro: Anthares, 2014

PORTO, C. C. Cartas aos Estudantes e Médicos do Brasil. *Revista Médica de Minas Gerais*. Minas Gerais, v. 25, n. 3, p. 438–440, 2015.

SANTOS, W. S. Organização Curricular Baseada em Competência na Educação Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 86-92, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/c9KBjLv9py5gmFW78Q9HMdv/?lang=pt>. Acesso em: 26 ago. 2021.

SANTO, R. C. E. *Autoconhecimento na Formação do Educador*. 1 ed. São Paulo: Ágora; 2007.

TAPAJÓS, R. A Comunicação de Notícias Ruins e a Pragmática da Comunicação Humana: o uso do cinema em atividades de ensino/aprendizagem na educação médica. *Interface* (Botucatu), Botucatu, v.11, n. 21, p.165–172, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/HBT3nGWBYSx73gJ3QsVM8bC/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 26 ago. 2021.

VASCONCELLOS, M. J. E. *Pensamento Sistêmico - O novo paradigma da ciência*. 8a ed. Campinas: Papirus, 2009.

WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J. H.; JACKSON, D. *Pragmática da Comunicação Humana: Um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação*. 9 ed. São Paulo, SP: Cultrix, 1973.

Como citar este artigo (Formato ABNT):

FERREIRA, Ingrid dos Santos; PORTO, Roberto Pires; WOTTRICH, Shana Hastenpflug; EVALDT, Sandro Alex. A Construção de Competências Comunicacionais no Contexto do Ensino Médico à Luz da Interdisciplinaridade. **Id on Line Rev. Psic.**, Outubro/2021, vol.15, n.57, p. 331-346, ISSN: 1981-1179.

Recebido: 26/08/2021;

Aceito: 03/09/2021;

Publicado: 31/10/2021.