



**Escola Superior
de Tecnologia
da Saúde**

Politécnico de Coimbra



**Escola Superior
de Educação**

Politécnico de Coimbra

SIMULAÇÃO COLABORATIVA: PROMOÇÃO DE UM ENSINO SUSTENTÁVEL EM COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

Nuno Filipe Veloso Dias

Coimbra, janeiro de 2023

Nuno Filipe Veloso Dias

Simulação Colaborativa: Promoção de um Ensino Sustentável em Competências de Comunicação em Saúde

Orientação: Professora Doutora Ana Paula Monteiro Amaral

Coorientação: Professora Doutora Graça Margarida Adónis Torres

Mestrado em Educação para a Saúde

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra e Escola
Superior de Educação de Coimbra

Coimbra, 2023

Trabalho de projeto submetido à Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Educação para a Saúde, realizado sob a orientação científica da Professora Doutora Ana Paula Monteiro Amaral e coorientação da Professora Doutora Graça Margarida Adónis Torres.

Constituição do Júri:

Presidente	Professora Doutora Sílvia Maria Rodrigues da Cruz Parreiral
Arguente	Professora Doutora Albertina Lima de Oliveira
Orientadora	Professora Doutora Ana Paula Monteiro Amaral

Coimbra, janeiro de 2023

Agradecimentos

“Uma pessoa na vida não é aquilo que quer, porque não quer” esta foi a frase que sempre me inspirou e me fez querer lutar pelos meus sonhos e pela minha felicidade. Foi na voz da minha avó que sempre a ouvi, e é por ela que começo a agradecer.

À minha avó por toda a força que sempre me transmitiu e por todos os princípios e valores que me cultivou. Aos meus avôs e avó, que apesar de não estarem fisicamente presentes, sei que estão orgulhosos do meu percurso.

Aos meus pais, os meus alicerces de vida e os impulsionadores de toda esta caminhada. Ao meu irmão, o meu melhor amigo, sou fruto das nossas vivências em família. Estarei eternamente grato por tudo o que fizeram e fazem por mim.

Aos meus sogros, pelo auxílio e apoio incansável.

A toda a minha família por estar sempre ao meu lado nos bons e maus momentos. Aos meus primos pelo apoio e ajuda. Aos meus amigos e colegas que também eles contribuíram para a realização desta etapa da minha vida.

À minha orientadora e coorientadora, pelo profissionalismo, orientação, dedicação e amizade que sempre demonstraram. Aos docentes de Imagem Médica e Radioterapia e Ciências de Base da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, pela ajuda e facilitação no desenvolvimento do trabalho, e por todos os ensinamentos ao longo do meu percurso académico. Ao curso de Teatro e Educação da Escola Superior de Educação de Coimbra pela colaboração e apoio na realização deste projeto. Aos alunos participantes pela disponibilidade e empenho na realização do estudo.

Agradeço também, e principalmente, à pessoa que se tornou a mulher da minha vida. Sem ela esta caminhada seria mais hermética. O apoio, amparo, estímulo e a facilitação foram incontestáveis neste trajeto. É com o maior orgulho que continuaremos a partilhar esta viagem a dois, com o desejo mútuo de ver os nossos sonhos realizados.

A todos, por tudo, o meu mais sincero obrigado.

Resumo

Introdução: O aumento da afluência dos utentes aos sistemas de saúde, dificulta o cumprimento do contrato social da prestação de cuidados centrados no utente. Esta questão humanística do setor é uma tendência crescente da investigação em saúde.

Objetivo: Produzir e aplicar uma metodologia de ensino sustentável de simulação, através da colaboração das áreas de Imagem Médica e Radioterapia (IMR) e Teatro e Educação (TE), para o desenvolvimento, respetivamente, das Competências de Comunicação em Saúde (CCS) e das capacidades de representação e improvisação de situações ficcionais do foro da saúde.

Metodologia: Neste estudo interventivo misto, os dados qualitativos pré-pós teste, recolheram-se por meio de entrevista semiestruturada, sendo que os dados quantitativos derivaram da avaliação de três Simulações Práticas (SP). Entre as SPs realizaram-se duas Sessões de *Feedback* e *Feedforward* (SFF) que completaram a intervenção. A amostra foi composta por 44 participantes, 22 alunos do curso de IMR e 22 alunos do curso de TE. Nas SPs os participantes de IMR assumiram o papel de Técnicos de Radiologia (TR) na realização de exames de diagnóstico e terapêutica a Doentes Padrão (DP), representados por participantes de TE. Nas SPs uma equipa de quatro avaliadores externos ao estudo avaliou as CCS dos TR. Nas SFF foi transmitido *Feedback* e *Feedforward* para ambas as áreas. Para os TR transmitiram-se ainda as CCS necessárias à execução dos exames e, para os DP, foi transmitido o *debriefing* e *briefing* do contexto clínico a representar.

Resultados: Para os TR registaram-se melhorias estatisticamente significativas de todas as CCS (Acolhimento Técnico, Execução e Dinamismo, Qualidades Humanas e Profissionalismo, Orientação Técnica, Reflexão Técnica, Organização e Eficiência e Competências Gerais) da primeira para a terceira SP ($p = 0,000$) e revelou-se aumento da segurança, proximidade e conforto perante o utente. Para os alunos de TE verificou-se desinibição a nível da representação e improvisação de DP, facilidades na adequação dos figurinos e melhorias na caracterização psicológica da personagem.

Conclusão: A aplicabilidade da metodologia de ensino colaborativa com recurso à simulação melhorou as capacidades de representação e improvisação de situações ficcionais nos alunos de TE e desenvolveu as CCS nos alunos de IMR. Esta estratégia formativa sustentável revelou-se benéfica e sugere-se a adoção de práticas idênticas para exponenciar a humanização do setor da saúde.

Palavras-chave

Cuidados Centrados no Utente; Simulação; Competências de Comunicação em Saúde

Abstract

Introduction: The increased affluence of users to health systems makes it difficult to comply with the social contract of providing patient-centered care. This humanistic issue of the sector is a growing trend in health research.

Objective: Produce and apply a sustainable teaching methodology of simulation, through the collaboration of Medical Imaging and Radiotherapy (MIR) and Theater and Education (TE), for the development, respectively, of the Health Communication Skills (HCS) and skills in representation and improvisation of fictional situations in health.

Methods: In this mixed interventional study, pre-posttest, qualitative data were collected through semi-structured interviews and quantitative data derived from the evaluation of three Practical Simulations (PS). Between the PSs, two Feedback and Feedforward Sessions (FFS) were held that completed the intervention. The sample consisted of 44 cases, 22 students from the MIR course and 22 students from the TE course. In the PSs, MIR participants assumed the role of Radiographers (R) in performing diagnostic and therapeutic exams to Standard Patients (SP), represented by TE participants. In the PSs, a team of four evaluators external to the study evaluated the HCS of the Rs. In the FFS, Feedback and Feedforward were transmitted and also the HCS necessary for the execution of the exams, for the R. For the SP, the debriefing and briefing of the clinical context to be represented were also transmitted in the FFS.

Results: For the Rs, there were statistically significant improvements in all the HCS (Technical Admission, Execution and Dynamism, Human Qualities and Professionalism, Technical Orientation, Technical Reflection, Organization and Efficiency and General Skills) between first and third PS ($p = 0.000$) and showed an increase in safety, proximity and comfort with the patient. For the TE students, there was disinhibition at the level of representation and improvisation of SP, easiness in adapting the costumes and improvements in the psychological characterization of the character.

Conclusion: The applicability of this collaborative teaching methodology using simulation, improved the skills in representation and improvisation of fictional situations in TE students and developed HCS in MIR students. This sustainable training strategy proved to be benefic and the adoption of similar practices is suggested to enhance the humanization of the health sector.

Key words

Patient-Centered Care; Simulation; Health Communication Skill

Índice

1. Introdução	1
2. Enquadramento Teórico	2
2.1. Contrato Social e Literacia em Saúde	2
2.2. Educação e Formação das Ciências da Saúde	3
2.3. Educação Interprofissional e Prática Colaborativa	3
2.4. Competências de Comunicação em Saúde (CCS)	5
2.5. <i>Health Professions Core Communication Curriculum</i> (HPCCC)	6
2.5.1. HPCCC - Comunicação com os Utentes	7
2.5.2. HPCCC - Comunicação Intra e Inter Profissional (Profissionalismo e Reflexão)	8
2.5.3. HPCCC - Comunicação em Equipas de Saúde (Comunicação Profissional)	9
2.6. Metodologias de Ensino das CCS	9
2.7. Simulação	11
2.7.1. História da Simulação nas Ciências da Saúde	11
2.7.2. Tipos de Simulação	12
2.7.3. Integração e Implementação da Simulação no Ensino	12
2.7.4. Simulação em Imagem Médica e Radioterapia (IMR)	13
2.7.5. Simulação Colaborativa com Doentes Padrão (DP)	14
3. Objetivos	16
4. Metodologia	17
4.1. Desenho do Estudo	17
4.2. Amostra	18
4.3. Procedimentos	18
4.4. Instrumentos de Recolha de Dados	20
4.5. Intervenção	22
4.5.1. Simulação Prática (SP)	22
4.5.2. Sessão de <i>Feedback</i> e <i>Feedforward</i> (SFF)	25
4.6. Análise de Dados	26
5. Resultados	27

5.1. Análise Qualitativa	27
5.2. Análise Quantitativa	31
6. <i>Discussão</i>	33
7. <i>Conclusões</i>	39
8. <i>Bibliografia</i>	41
<i>Anexos</i>	48

Índice de Tabelas

Tabela 1- Comparações por Método *Pairwise* 32

Lista de Siglas e Abreviaturas

DP – Doentes Padrão

IMR – Imagem Médica e Radioterapia

CSS – Competências de Comunicação em Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

DGS – Direção Geral da Saúde

EACH – *European Association for Communication in Healthcare*

HPCCC – *Health Professions Core Communication Curriculum*

PBL – *Problem-Based Learning*

SSH – *Society for Simulation in Healthcare*

ASPiH – *Association for Simulated Practice in Healthcare*

SPSim – Sociedade Portuguesa de Simulação Aplicada às Ciências da Saúde

IES – Instituição de Ensino Superior

TE – Teatro e Educação

IPC – Instituto Politécnico de Coimbra

SP – Simulação Prática

TR – Técnico de Radiologia

Mini-CEX – *Mini Clinical Evaluation Exercises*

SFF – Sessão de *Feedback* e *Feedforward*

ESTESC – Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra

ESEC – Escola Superior de Educação de Coimbra

ABIM – *American Board of Internal Medicine*

RANZCR – *Royal Australian and New Zealand College of Radiologist*

MCDT – Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica

ANOVA – Análise de Variância

1. Introdução

As ciências da saúde são áreas que estão em constante evolução, fazendo-se acompanhar das inovações científicas e tecnológicas que, de alguma forma, contribuem para a melhoria da prestação de cuidados de saúde, colocando o utente no cerne da assistência. Contudo, diversos fatores têm-se revelado como obstáculos que impedem o desempenho profissional de cumprir com esse objetivo.

O aumento populacional e a globalização, são fatores que aumentam o fluxo no acesso a cuidados saúde. Ainda assim, o contrato social destas áreas científicas com a sociedade, tem vindo a ser cumprido, apesar da crise global que se verifica nos setores da saúde.

A procura de cuidados de saúde foi agravada, recentemente, com o surgimento da pandemia imposta pela COVID-19. Os profissionais de saúde foram colocados à prova para responder à elevada afluência e revelaram bastante dificuldade em comunicar com os utentes no sentido de promover a humanização do setor.

O desenvolvimento de competências, habilidades, atitudes e valores que potenciem a humanização do setor da saúde é uma temática cada vez mais usual em investigação na área da educação para a saúde.

Assim sendo, partindo da premissa que o setor da educação é responsável pela formação e suprimento da força humana do setor da saúde, é necessário, enquadrar ambos os setores para as realidades atuais. Ao promover de forma adequada novas metodologias de ensino, que o direcionem para a prestação de cuidados de saúde de excelência, equitativos e efetivos, humanizados e centrados no doente, cumpre-se com o pressuposto desse enquadramento.

Diversas metodologias têm sido desenvolvidas, testadas e implementadas. Na área da saúde, a simulação é uma metodologia que tem cumprido com os requisitos formativos. No entanto, os custos associados representam a maior desvantagem da sua aplicação quer através do uso de simuladores tecnológicos, quer na utilização de doentes padrão (DP).

Concretamente, na área da Imagem Médica e Radioterapia (IMR), há poucos estudos que exploram a simulação com DP, sendo que em Portugal ainda não há estudos científicos que comprovem a utilização desta metodologia.

Deste modo, este estudo interventivo propõe produzir uma metodologia de ensino sustentável e colaborativa através da simulação na área da IMR, pretende o desenvolvimento de competências de comunicação em saúde (CCS) e, conseqüentemente, a título futuro, a humanização da prestação de cuidados de saúde.

2. Enquadramento Teórico

2.1. Contrato Social e Literacia em Saúde

Desde o começo da prática de medicina, o médico, na sua individualidade, assim como todos os seus meios humanos envolventes, tiveram um papel preponderante na introdução e desenvolvimento das ciências da saúde (Silva, 2013).

A evolução que se tem verificado no setor das ciências da saúde, permitiu que perfis profissionais e práticas centralizadas no utente fossem ocupando os modelos da prestação de cuidados de saúde atuais (Silva, 2013).

O contrato social das ciências da saúde com a sociedade e a necessidade de reforço neste setor têm vindo a revelar a importância dos profissionais de saúde na garantia do bem-estar geral da população mundial e na promoção da saúde. Toda e qualquer profissão da área da saúde, faz parte deste contrato social e tem os mesmos valores, essências e expectativas. Por suposto, deve cumprir com a sua índole profissional garantindo à sociedade o acesso a cuidados de saúde de excelência, equitativos e efetivos, para que toda a sociedade tenha garantido o direito humano de acesso à saúde (Ferreira et al., 2020).

Um dos princípios fundamentais da prestação de cuidados é a literacia em saúde. A definição deste conceito, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), envolve o conjunto de competências cognitivas, sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender e utilizar informação por forma a promover e a manter uma boa saúde (Nutbeam & Kickbusch, 1998). A Direção Geral de Saúde (DGS), baseada nesta definição, elaborou o “Plano de Ação para a Literacia em Saúde” que contém quatro objetivos primários de atuação para promover a otimização da literacia em saúde na população portuguesa. Um dos objetivos é a promoção de conhecimentos e investigação, junto dos profissionais de saúde para melhoria da prestação de cuidados. Este propósito está, diretamente, relacionado com a colocação do utente no cerne da assistência e com a mudança de comportamentos dos profissionais com foco a esta centralização (Direção Geral da Saúde, 2022).

Como demonstra Cristina Vaz de Almeida em “Literacia em Saúde - Contributos para a Mudança de Comportamentos” a construção de políticas de saúde e ações que promovam o princípio de literacia em saúde, sustentadas na literacia de informação, ambientes saudáveis, cidadania em saúde, digitalização e apoio comunitário, são pilares fundamentais para a promoção da saúde e do bem estar geral da população (Vaz de Almeida, 2020).

2.2. Educação e Formação das Ciências da Saúde

Devido à constante aceleração da investigação biomédica, a globalização, a crescente inovação tecnológica e, conseqüente, introdução dessas novas tecnologias na prestação de cuidados de saúde, são necessárias adaptações por parte das entidades formadoras, na forma como se formam e educam os futuros profissionais de saúde (Guimarães & Ferreira, 2020).

Esta estratégia para melhoria do ensino-aprendizagem está assente na premissa de estabelecer uma conexão clara e direta entre o modo como os professores ensinam e o modo como os alunos aprendem (Murray et al., 2000).

Atingir os objetivos propostos e cumprir com as exigências necessárias, é uma estratégia fulcral para efetivar o respetivo avanço do setor da saúde e da educação (Cruess & Cruess, 2020; Hesketh et al., 2001).

Para que se verifique a ocorrência do sistema de ensino-aprendizagem, não se pode depender da conduta circunstancial dos alunos, deve-se adaptar a morfologia de ensino às necessidades curriculares atuais e, posteriormente, proceder à correta assimilação e verificação da eficácia e eficiência do sistema através do processo de avaliação (Harden & Laidlaw, 2020).

O ensino alterou o foco, exclusivamente, da transmissão e obtenção de conhecimentos, e objetivou o desenvolvimento de perfis de competência adaptados a estas mudanças para formar profissionais de saúde aptos, hábeis, competentes e com atitudes e valores fundamentais às áreas médicas e técnico-científicas específicas das ciências da saúde (Harden & Laidlaw, 2020).

2.3. Educação Interprofissional e Prática Colaborativa

De acordo com o “*Education of Health Professionals for the 21st Century: A Global Independent Commission*” o setor da saúde e da educação estão, plenamente, relacionados entre si e estabelecem interações que são impulsionadas pela população (Stigler et al., 2010).

A população apresenta uma necessidade e procura tanto do setor da educação como do setor da saúde. Como exemplo, a oferta do setor educacional gera mão de obra para suprir a necessidade de recursos humanos do setor saúde, existindo uma relação direta entre setores (Frenk et al., 2010).

Esta relação representada na Figura 1, revela os elementos chave do sistema educacional suportados pelo *design* institucional e instrucional na interdependência da educação e na transformação da aprendizagem (Frenk et al., 2010).

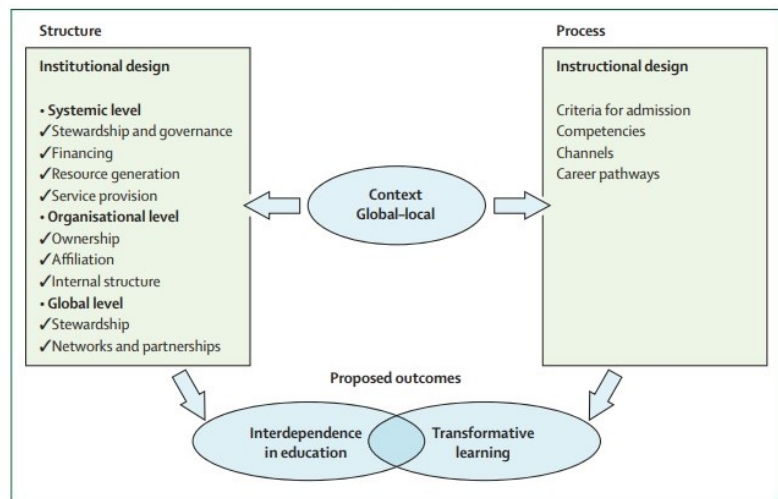


Figura 1- Elementos chave do sistema educacional (Frenk et al., 2010, p. 1928)

Em 2010, um grupo de trabalho representativo da OMS publicou o “*Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice*”. Neste documento, a educação interprofissional e a prática colaborativa são definidas como estratégias inovadoras com um papel imperioso no combate à crise mundial do setor da saúde (WHO, 2010).

Atualmente, a prestação de cuidados de saúde diferenciados é cada vez mais complexa e exige cada vez mais competências e habilidades que têm vindo a ser desenvolvidas fortemente na prática profissional e reduzidamente no processo formativo (Glicken & Merenstein, 2007).

De acordo com evidências, ao longo do processo educacional, os futuros profissionais adquirem experiências interprofissionais que os ajudam a aprender habilidades necessárias para se tornarem parte da força de trabalho em saúde. “A educação interprofissional e a prática colaborativa podem desempenhar um papel importante na redução de muitos desafios enfrentados pelos sistemas de saúde no mundo” (WHO, 2010, p. 11).

Estas modalidades educativas podem ocorrer de diversas formas. Na Figura 2 estão representados, esquematicamente, os modelos educativos dominante, interprofissional e transprofissional. Realça-se que o modelo interprofissional para além de basear o ensino no desenvolvimento de competências essenciais específicas, realiza um trabalho de equipa sistemático com profissionais de saúde, para preparar os futuros profissionais para a prática em equipa. O modelo educativo transprofissional realiza o mesmo processo, mas diversifica a utilização do trabalho de equipa sistemático com profissionais de saúde e com agentes de

saúde da comunidade, estando mais relacionado com a prática colaborativa (Frenk et al., 2010).

O documento publicado pela OMS, de 2010, indica que a educação

interprofissional

proporciona a prática

colaborativa e fortalece os sistemas de saúde, fruto dos 50 anos de pesquisa para elaboração do documento. A carência de reforço dos sistemas de saúde a nível global, moveu agentes de saúde pública, formuladores de políticas de saúde, gestores e profissionais de saúde para o cerne do desenvolvimento de métodos e estratégias inovadoras através da aprendizagem colaborativa, com a finalidade de fortalecer a prestação de cuidados de saúde de excelência (WHO, 2010).

Os resultados do desenvolvimento da prática colaborativa permitiram a melhoria da acessibilidade aos serviços de saúde, a respetiva coordenação dos mesmos, a melhoria do uso adequado de recursos, a melhoria da segurança e assistência dos pacientes que relataram maior grau de satisfação, a melhor aceitação da prestação de cuidados e a melhoria de resultados de saúde (WHO, 2010).

2.4. Competências de Comunicação em Saúde (CCS)

O perfil de competências dos profissionais de saúde das mais diversas áreas difere em alguns aspetos técnico-científicos específicos, mas coincide no que diz respeito às competências comunicacionais e humanísticas (MacDonald-Wicks & Levett-Jones, 2012).

Em setembro de 2001, foi criada a “*European Association for Communication in Healthcare*” (EACH) associação que relaciona o setor da educação com o setor profissional na área da saúde, com o objetivo de estabelecer uma sociedade multidisciplinar entre os responsáveis pelo ensino e os responsáveis por colocar em prática a comunicação em saúde, para promover a investigação e aplicação desta área no ensino das ciências da saúde (EACH, 2022).

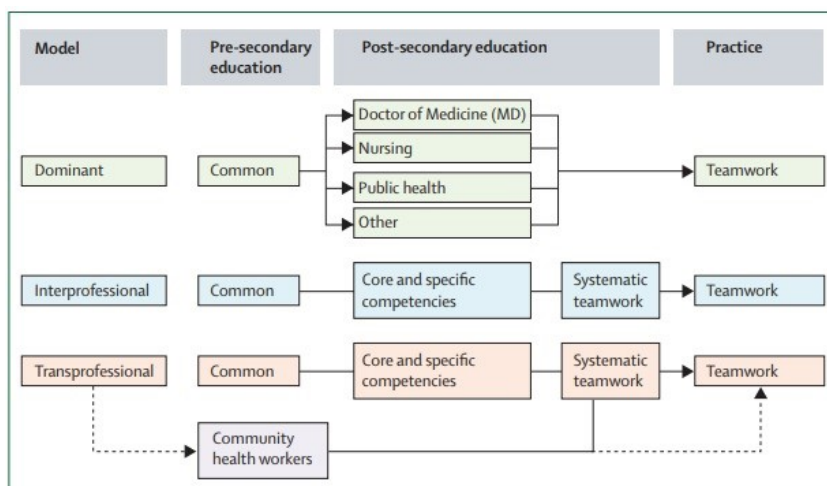


Figura 2- Modelos educativos em saúde (Frenk et al., 2010, p. 1994)

Alguns estudos afirmam que o ensino das CCS, através de programas de intervenção ao longo da formação académica, permite estabelecer a ponte entre os conhecimentos teóricos e a transposição para a prestação de cuidados (Castiglia & Dettori, 2022).

A introdução precoce destes conhecimentos e desenvolvimento das respetivas habilidades comunicacionais, revelaram-se metodologias eficazes no aumento da confiança, na redução dos erros associados e no aumento da compreensão comunicativa. Contudo, é salientada a necessidade de um forte apoio do corpo docente das instituições de ensino superior, para que os programas interventivos sejam bem-sucedidos (MacDonald-Wicks & Levett-Jones, 2012).

Paralelamente, à formação superior e ao longo de toda a carreira profissional, os profissionais de saúde dispõe de códigos éticos e deontológicos que estipulam princípios, valores e normas que de algum modo orientam e auxiliam os profissionais de saúde a lidar com determinadas questões da relação humana na sua prática laboral.

Nestes códigos de conduta ética uma das principais armas de ação referidas são as CCS. Estas devem ser corretamente aplicadas para promover uma desconstrução situacional e solucionar os problemas éticos que possam surgir na prática laboral das diversas áreas das ciências da saúde.

2.5. *Health Professions Core Communication Curriculum (HPCCC)*

Em 2013, Bachmann define as principais competências de comunicação, que mais tarde, a EACH viria a definir como o “*Health Professions Core Communication Curriculum*” (Bachmann et al., 2013).

Traduzido em dez línguas diferentes, incluindo a língua Portuguesa, o “Currículo de Competências de Comunicação Nucleares Para Profissões de Saúde: Objetivos Para a Formação Pré-Graduada na Área dos Cuidados de Saúde” elenca, como o nome indica, os objetivos de aprendizagem do foro da comunicação que os alunos, em formações pré-graduadas das áreas das ciências da saúde, devem cumprir. O documento foi revisto por um grupo constituído por 121 especialistas da área da comunicação das mais diversas áreas relacionadas com a saúde (HPCCC-EACH, 2012).

O HPCCC divide-se em três vertentes de comunicação em saúde distintas, que estão subdivididas em vários parâmetros, enquadrando as CCS.

2.5.1. HPCCC - Comunicação com os Utentes

A primeira vertente comunicativa é a comunicação com os utentes. Os alunos devem cumprir com os seguintes objetivos de aprendizagem, de acordo com a versão portuguesa do HPCCC:

- Objetivos nucleares da comunicação: Adequar a comunicação ao nível do entendimento e linguagem do utente. Utilizar técnicas para criar e manter o *rapport* e uma relação empática. Garantir que o utente se sente atendido e ouvido. Relacionar-se com o utente respeitosamente assegurando a confidencialidade, privacidade e autonomia, reconhecendo o utente como parceiro para a formação da relação. Incentivar e explorar o conteúdo da história biopsicossocial do utente. Incentivar o utente a expressar as suas ideias, preocupações, expectativas e sentimentos, e aceitar a legitimidade dos seus pontos de vista e sentimentos. Fornecer informação ao utente de forma oportuna, compreensiva e significativa. Utilizar técnicas de escuta ativa. Reconhecer situações difíceis e desafios comunicacionais e lidar com elas construtivamente e de forma sensível. Reconhecer a comunicação não-verbal, quer do utente quer a própria e responder apropriadamente. Organizar a entrevista de forma estruturada do início ao fim e utilizar diferentes tipos de questões de acordo com a situação.

- Moldar a relação: Identificar as expectativas do utente relativamente ao papel do profissional de saúde. Utilizar estratégias de resolução de conflitos adequadas.

- Perspetivas do utente e crenças da saúde: Descobrir as necessidades e capacidades do utente e adaptar o plano/intervenção aos recursos e pontos fortes do utente. Considerar os elementos somáticos, mentais, sociais, de género, culturais, éticos e espirituais na avaliação do utente e nos cuidados prestados e perceber as divergências entre seus próprios valores/normas e as do utente. Responder às crenças de saúde e teorias de doença do utente, contrastar e integrar nas suas próprias teorias como profissional de saúde.

- Informação: Descobrir a quantidade de informação que o utente requer e fornecer a quantidade apropriada de informação. Fornecer informação de forma centrada no utente e partilhá-la com o seu consentimento. Procurar e sintetizar a informação necessária aos cuidados a prestar ao utente. Explorar o nível de conhecimento que o utente tem acerca da doença. Considerar diferentes elementos na história do utente. Conhecer a importância de complementar a informação verbal com diagramas, modelos, informação escrita e instruções e aplicar a informação de modo apropriado. Procurar e sintetizar a informação relevante proveniente de outras fontes se necessária e disponível.

- Raciocínio clínico e tomada de decisão: Determinar o grau de envolvimento e responsabilidade que o utente está disposto a assumir no processo de tomada de decisão. Discutir com o utente as possíveis vantagens, desvantagens e resultados esperados.

Incentivar a participação ativa do utente na tomada de decisão e explicar as opções ou direitos, centrando-se nesse utente. Clarificar o seu próprio papel no processo de tomada de decisão. Discutir com o utente o espectro de possíveis consequências da decisão e explicarlhe as consequências prováveis de não escolher determinadas medidas de diagnóstico e/ou terapêutica. Explorar os recursos psicológicos e sociais relevantes que o utente tem para tomar decisões. Oferecer ao utente a opção de incluir outras pessoas no processo de tomada de decisão e clarificar com ele como e quando a decisão deve ser tomada. Discutir as decisões com colegas, utentes e familiares quando apropriado. Regularmente, reavaliar as suas próprias decisões, revendo-as se necessário. Se questionado pelo utente, identificar, claramente, a sua opinião.

- Incerteza: Falar abertamente com o utente sobre a incerteza e formular estratégias para lidar com isso. Explicar ao utente qual a informação necessária para minimizar a incerteza no processo de tomada de decisão.

2.5.2. HPCCC - Comunicação Intra e Inter Profissional (Profissionalismo e Reflexão)

A segunda vertente comunicativa do HPCCC é a “Comunicação Intra e Inter Profissional (Profissionalismo e Reflexão)”, que engloba as CCS inframencionadas:

- Comunicação e reflexão com o próprio e com os outros: Reconhecer as suas emoções em relação aos outros e ser capaz de trabalhar eficientemente apesar das suas próprias reações emocionais, quando a situação assim o exigir. Reconhecer que uma comunicação eficaz com o utente pode fomentar a satisfação e melhores resultados clínicos. Descrever e avaliar criticamente a própria comunicação e comportamento, considerando alternativas em ambos. Identificar, refletir e comunicar as próprias forças, fraquezas, limitações e avaliar os próprios desejos, medos, objetivos, normas e valores. Avaliar os estereótipos e preconceitos sociais e estar ciente que as ações dos profissionais são influenciadas pela experiência pessoal, a situação presente e os seus comportamentos e interesses. Refletir sobre as suas atitudes perante o trabalho. Refletir e discutir desafios éticos, interculturais e outros nas suas próprias ações como profissional de saúde e discutir abordagens para a sua resolução. Utilizar a autoridade e influência de forma responsável. Analisar e discutir situações de conversação com os outros. Conhecer os modelos da relação profissional de saúde – utente.

- Lidar com erros e incerteza: Abordar os seus erros e os dos outros de forma a procurar soluções e dar assistência. Conhecer os princípios básicos para o desenvolvimento de erros. Abordar e lidar com a sua própria incerteza de modo apropriado ao seu nível de formação.

2.5.3 HPCCC - Comunicação em Equipas de Saúde (Comunicação Profissional)

A terceira e última vertente do HPCCC é a comunicação em equipas de saúde (comunicação profissional) e engloba as CCS que se seguem:

- Trabalho de equipa e comunicação entre profissionais: Percecionar e respeitar a individualidade, perceção subjetiva, diferentes pontos de vista dos membros da equipa e a especialização dos diferentes profissionais de saúde. Contribuir para uma atmosfera positiva no trabalho. Utilizar regras de *feedback* e fornecer *feedback* aos membros da equipa de forma apropriada. Ser capaz de resolver conflitos e permitir uma negociação construtiva numa equipa de saúde. Assumir, clarificar e refletir sobre o seu papel e sua responsabilidade na equipa e identificar o papel da sua profissão numa equipa interprofissional. Especificar e avaliar o próprio potencial relativamente à equipa e estar disposto e capaz de trabalhar com os outros. Compreender os princípios da dinâmica de equipa e os fatores que tanto podem apoiar como inibir o trabalho de equipa na prática. Identificar os seus próprios interesses e distingui-los dos objetivos da equipa. Refletir sobre o impacto da sua opinião nos outros e manter esse facto em consideração.

- Liderança: Fornecer instruções claras. Assegurar que toda a informação relevante é disponibilizada. Facilitar a formação de opiniões no grupo, incentivar e recompensar os membros da equipa que dão voz a opiniões diferentes.

- Comunicação entre profissionais e gestão: Manter registos claros e apropriados de consultas ou planos clínicos. Apresentar conhecimento especializado de forma eficaz. Identificar e ser conhecedor de como se referir às pessoas/instituições/agências que podem ajudar a resolver apropriadamente os problemas numa dada situação.

2.6. Metodologias de Ensino das CCS

Na conjuntura geral, nas mais diversas realidades científicas, o processo educativo de cada área foi orientado e direcionou o seu modo de ensino para os objetivos e necessidades particulares da sua atividade (Trindade & Cosme, 2017).

O ensino das CCS nas diferentes áreas do seu empreendimento assume diversas metodologias. A metodologia mais comum, e também a mais primordial, é a aula expositiva, que se efetua através da transmissão de conhecimentos pelo docente para os alunos, com auxílio de ferramentas de demonstração dos conhecimentos e diálogo, promovendo o ensino-aprendizagem das CCS. Esta metodologia tem vindo a ser adaptada no sentido de estimular a atração dos alunos através da introdução de novas tecnologias de apoio à transmissão de conhecimentos, de debates entre alunos e de reflexões críticas (Ramos & Renovato, 2020).

A evolução da educação pré-graduada das CCS, tem permitido repartir a responsabilidade do ensino-aprendizagem entre o corpo docente e os alunos, através da libertação do foco do ensino do docente para o aluno, mediado por métodos e estratégias ativas (Dalcól et al., 2018; Marin et al., 2010). Os conhecimentos propriamente ditos têm menor peso em relação ao processo da sua aquisição e da sua aplicação prática (Berbel, 2011).

As metodologias ativas mais utilizadas para o ensino das CCS são o *Problem-based learning* (PBL), a vídeo observação, o *role modelling* e a simulação (Vaz de Almeida, 2022; Egnew & Wilson, 2010; Bradley & Postlethwaite, 2003; *EACH*, 2022).

O PBL é, na sua essência, um sistema de aprendizagem estratégico, que combina vários princípios educacionais complementares assentes na problematização. Através da entrega de instruções, pretende-se uma aprendizagem centrada no aluno, em pequenos grupos, contextual, integrada, autodirigida e reflexiva para a resolução de problemas (Gwee, 2009). Desta forma o aluno constrói e desenvolve, no seu entendimento, uma estratégia de aprendizagem e de captação de conhecimentos sobre cenários reais e de problemas práticos que permitirão, no exercício profissional, encontrar estratégias de resolução de problemas. Neste método o aluno aprende a resolver problemas ao invés de memorizar a respetiva resolução. Atualmente assume diversas vertentes como o *Team-Based Learning*, o *Error-Based Learning* e o *Hybrid PBL* (Jiménez-Saiz & Rosace, 2019; Doshi, 2017; Sarfati et al., 2019).

A vídeo observação consiste na visualização de vídeos que representam situações da prática profissional com interações entre doentes, familiares e profissionais de saúde. Nesses vídeos é observada, analisada e discutida a utilização das CCS, e efetua-se a aprendizagem através da transmissão de *feedback* e conhecimentos pelo docente (Eeckhout et al., 2016; Freytag et al., 2022).

O *role modelling*, é uma metodologia de ensino de CCS através da observação da interação dos tutores com os doentes, familiares e restantes profissionais de saúde. Este método é fundamental para a formação dos alunos no desenvolvimento das competências, habilidades, atitudes e valores que constituem a identidade profissional dos futuros profissionais de saúde. O *role modelling* apresenta-se na maioria dos currículos dos cursos da área da saúde, englobado nos estágios hospitalares e práticas clínicas (Irby, 1986; Passi et al., 2013; Egnew & Wilson, 2010).

A simulação é o método que assume a vertente mais prática das CCS permitindo a experiência de diversas atividades e tarefas que representam situações idênticas às que os alunos irão desempenhar no seu exercício profissional futuro (Blackmore et al., 2018). Estas

situações envolvem pacientes ou voluntários saudáveis, e/ou dispositivos e tecnologias que simulem a realidade pretendida para a aprendizagem de determinada habilidade do aluno. No caso do ensino-aprendizagem das CCS a técnica de simulação mais utilizada recorre ao uso de DP na execução de tarefas práticas (Levine, 2013; Rosen, 2008).

2.7. Simulação

2.7.1. História da Simulação nas Ciências da Saúde

A simulação tem sido uma tendência crescente no ensino-aprendizagem, avaliação e investigação das ciências da saúde. Inúmeros autores ao longo dos anos foram definindo a simulação e desenvolveram diversas metodologias da sua aplicação prática designando-a como *Simulation-based training*, *simulation-based medical education*, *simulation*, *based teaching*, *simulation-based education*, *clinical simulation* e *healthcare simulation*. Para uniformizar os termos utilizados na simulação a *Society for Simulation in Healthcare* (SSH) desenvolveu um dicionário de simulação nos cuidados de saúde com o intuito de padronizar os conteúdos e evitar divergências na utilização de práticas de simulação (Lioce, 2020).

Os primeiros registos do uso da simulação na saúde dividem-se em três momentos distintos, de acordo com Paul Bradley. Na segunda metade do Séc. XIX. Asmund Lærdal, um investigador Norueguês, desenvolveu um modelo de simulação, aplicado à anestesiologia, que revolucionou o ensino das técnicas de ressuscitação. Este foi o primeiro modelo apresentado que através da simulação permitia a aplicação de técnicas de ressuscitação. O segundo momento traduz-se na criação do *Sim One*, desenvolvido por Abrahamson, no final dos anos 60. Estes investigadores apresentaram um manequim que permitia simular inúmeros parâmetros, como por exemplo, auscultação, medição do pulso carotídeo, pressão sanguínea, entre outros. Apesar deste modelo de simulação não ter sido industrializado por diversos motivos, representou um dos grandes passos no desenvolvimento da área (Bradley, 2006).

O terceiro grande movimento de desenvolvimento da simulação persiste na atualidade e, consiste na reforma da educação das ciências da saúde. Esta reforma educativa está assente no reconhecimento da necessidade dos alunos serem preparados, no ensino superior, para o desenvolvimento de competências, habilidades, atitudes e valores adequados às práticas futuras. Esta mudança no ensino, com a diminuição da sobrecarga de informações suportado pela adoção de programas práticos que potenciam as capacidades dos alunos, verificou-se e continua a verificar-se um grande passo no desenvolvimento da simulação (Bradley, 2006).

2.7.2. Tipos de Simulação

A simulação assume diversas dimensões, de acordo com o espectro de simulação definido por David Gaba (Gaba, 2004). Também em 2004, Jeffrey Cooper agrupou as onze dimensões elencadas por Gaba em cinco tipos de simulação característicos (Cooper & Taqueti, 2004).

A simulação verbal é denominada como *role playing*. Aplica-se quando se assume uma ação, atitude e/ou discurso para perceber o outro ponto de vista. Como por exemplo, o aluno colocar-se no papel do doente (Gaba, 2004).

A simulação com DP, envolve a realização de simulações práticas reais, em contexto simulado, através de atores que representam ações específicas planeadas, que pretendem ensinar, melhorar e avaliar habilidades de quem simula. Esta modalidade da simulação comporta o fator humano e não requer o uso de tecnologias avançadas para aplicação da simulação (Rosen, 2008; Bosek et al., 2007).

O contexto de simulação por *task-parts*, é o terceiro tipo de simulação, e pode ser entendido pela realização de tarefas parciais isoladas, aplicadas em elementos específicos que podem ser aparelhos de simulação ou outros elementos que representem a tarefa a executar (Bradley, 2006). Por exemplo, recorrer a algumas frutas para simular pele ou músculo é utilitário para o treino inicial de pequenas tarefas. Também o uso de simuladores que representem essas pequenas tarefas fazem parte das *task-parts* para o desenvolvimento de diversas habilidades. Por exemplo, em laparoscopias através do corte de pedaços de frango ou descaroçar uvas com o *Laptrainer*, simulador de laparoscopies (Rosen, 2008).

Outro tipo de simulação é por meio de *computer patient*, em que a simulação se efetua através do ecrã do computador e com *softwares* específicos que representem determinadas ações. Este tipo de simulação é também denominado por *Screen Based Simulation* ou *Screen Based “Virtual World”* (Cooper & Taqueti, 2004; Bradley, 2006).

Por fim, o último tipo de simulação é o *eletronic patient*. Este tipo de simulação comporta uma forte componente tecnológica avançada pois efetua-se através de manequins tecnológicos que representem totalmente os doentes, locais clínicos ou utilizam realidade virtual. Para a aplicação da simulação com *eletronic patient* é necessário um investimento associado (Bosek et al., 2007; Gaba, 2004).

2.7.3. Integração e Implementação da Simulação no Ensino

As dimensões da simulação na sua generalidade, acrescentam ao ensino o treino de tarefas que se verificam na prática profissional. Esta é a principal vantagem do método de ensino com o uso de simulação (Bradley & Postlethwaite, 2003).

Todas as simulações devem ser aplicadas com vista aos objetivos de aprendizagem e realizada uma atualização constante das necessidades dos serviços de saúde e dos *outcomes* de aprendizagem. Com a utilização da simulação poder-se-ão desenvolver as competências e habilidades curriculares de forma sequencial e primordial antes de se avançar para a prática em ambiente real (Gaba, 2004).

Existem obstáculos que são notórios na implementação destas metodologias, como é o caso dos custos associados na aquisição dos instrumentos necessários à sua aplicação e o desenvolvimento das infraestruturas para a instalação. Para além destas dificuldades, surgem de forma consequente diversos fatores que são encarados como impedimentos na adoção da simulação. Como por exemplo, a inserção destas metodologias de ensino nos planos curriculares dos cursos das ciências da saúde, a contratação de recursos humanos especializados ou a formação dos recursos humanos existentes, o tempo de aplicação metodológica, os custos de manutenção dos equipamentos, entres outros fatores (Gaba, 2004; Costa, 2017).

Ao longo dos anos diversas associações como a SSH, a Association for Simulated Practice in Healthcare (ASPiH), ou a nível nacional a Sociedade Portuguesa de Simulação Aplicada às Ciências da Saúde (SPSim) têm trabalhado, cooperado e colaborado no sentido de ultrapassar estas dificuldades e promover a integração e implementação de metodologias de simulação (SPSim, 2022).

2.7.4. Simulação em Imagem Médica e Radioterapia (IMR)

A IMR é a área responsável pela aplicação das radiações ionizantes no foro das ciências da saúde, para diagnóstico e terapêutica. Os profissionais com formação superior, nos cursos de IMR, são profissionais de saúde competentes no desempenho de funções de técnicos de radiologia, radioterapia e medicina nuclear. Esta área lida com tecnologias avançadas de alta precisão, que está em constante desenvolvimento e requer atualização permanente, contudo é também uma área relacionada com as ciências humanas e comportamentais com foco na prestação de cuidados de saúde, e desse modo o plano curricular está em mútuo desenvolvimento cumprindo com as exigências do setor da saúde (ATARP, 2018).

Existem alguns estudos que demonstram a aplicação de metodologias que recorrem à simulação para o ensino da IMR. Em 2018, foi desenvolvido um estudo liderado por Zorn, que aplicou a simulação por *role-playing* no ensino de IMR tendo revelado melhorias na dinâmica motivacional dos alunos e identificou a importância do realismo da ação (Zorn et al., 2019).

Outro estudo que emprega estratégias de simulação na área da IMR foi desenvolvido por Shiner, em 2018, e recorreu a DP para simular a realização de exames de radiologia. Esta metodologia permitiu que os participantes pré-graduados do terceiro e quarto anos do curso de radiologia de uma Instituição de Ensino Superior (IES) Escocesa realizassem exames de diagnóstico de radiologia convencional, em cenários simulados de doentes que sofreram traumatismos e que apresentavam queimaduras. A realidade e autenticidade da simulação foi obtida através da utilização de espaços hospitalares, técnicas de maquilhagem, dispositivos médicos de monitorização vital e do *briefing* (orientações de representação) ao DP utilizado no estudo. As conclusões cumpriram com os objetivos propostos de aumentar a preparação dos alunos para cenários idênticos na prática profissional futura assim como proporcionar uma reflexão e consciencialização sobre o papel do técnico na prestação de cuidados de saúde centrados no doente (Shiner & Howard, 2019).

2.7.5. Simulação Colaborativa com Doentes Padrão (DP)

Na implementação da simulação com DP, de modo a contornar a dificuldade dos custos associados à contratação de atores profissionais, alguns investigadores recorreram a colaborações para aplicar esta metodologia de ensino (Schultz & Marks, 2007).

Karem Schultz, em 2007, aplicou a simulação com DP no ensino de farmácia de uma IES dos Estados Unidos da América através da colaboração com a área de teatro de uma escola secundária. Os alunos de teatro representaram os DP e interagiram com os alunos de farmácia na sua prática profissional. Esta colaboração comunitária foi bem sucedida e benéfica na concretização dos objetivos de aprendizagem de ambas as áreas (Schultz & Marks, 2007). Em 2012, também na América outro estudo aplicou a metodologia de simulação com DP de forma colaborativa, mas entre médicos internos, enfermeiros e alunos de teatro. Este método serviu para averiguar o desenvolvimento de CCS em casos de abstinência alcoólica. O estudo enfatizou o desenvolvimento de CCS e colaboração entre profissionais de saúde de medicina e enfermagem (Salam et al., 2012).

Recentemente, em 2021, na Suíça, realizou-se uma abordagem comunitária colaborativa que permitiu aplicar a simulação com DP na área da medicina. Neste estudo foram realizadas interações entre estudantes de medicina e jovens no papel de DP. Concluiu-se, nesta colaboração entre jovens, que existem preconceitos, sentimentos, experiências pessoais e atitudes que poderão afetar a relação entre profissional de saúde e pacientes (Takeuchi et al., 2021).

A simulação cada vez mais é uma tendência crescente, e as ações colaborativas para a sua aplicação com recurso a DP têm convertido o ambiente simulado para uma dimensão

mais aproximada à realidade. O desenvolvimento de competências, habilidades, atitudes e valores essenciais à prática profissional é facilitado no processo de ensino aprendizagem através da simulação (Sørensen et al., 2017).

Um dos componentes principais desta vertente é o *debriefing*. Este processo implica a reflexão e interpretação de ações orientadas, de modo a direcionar a simulação para os objetivos propostos. Esta reformulação cognitiva, possibilita a melhoria da aprendizagem, a autoconsciência e a autoeficácia dos participantes. Esta prática deve ser realizada por entendidos em *debriefing*, em ambientes que promovam a confiança, comunicação, autoanálise, *feedback* e autorreflexão. Pode ser realizado antes da simulação, designado como *briefing* ou *pre briefing*, de modo a orientar a simulação para o propósito pretendido ou na sua forma mais comum após a simulação (Halamek et al., 2019). Deve ser transmitido por envolvidos na simulação que observaram as experiências práticas. O *debriefing* parte de fundamentações teóricas convergindo nos propósitos da experiência da simulação e congruente com a aprendizagem dos participantes (Standards Committee, 2016).

3. *Objetivos*

O presente estudo tem como objetivos principais produzir e aplicar uma metodologia de ensino sustentável de simulação, através da colaboração da área da IMR com a área de Teatro e Educação (TE) e, averiguar, respetivamente, o desenvolvimento das CCS e das capacidades de representação e improvisação de situações fictícias da área da saúde.

Como objetivos subsequentes, pretende-se humanizar a prestação de cuidados de saúde e viabilizar/fomentar a criação de possíveis colaborações utilitárias entre IES e outras entidades, de forma sustentável, para o desenvolvimento do ensino das ciências da saúde.

4. Metodologia

O presente estudo contou com o parecer positivo da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Coimbra (IPC), “PARECER N °13_CEIPC/2022”, que implica o cumprimento dos requisitos éticos em investigação assim como do regulamento da Comissão de Ética do IPC.

De forma breve, e com o desígnio de enquadrar a descrição metodológica, o estudo consistiu na aplicação de uma intervenção colaborativa, constituída por três momentos de simulação prática (SP), em que os participantes de IMR assumiram as funções de Técnicos de Radiologia (TR) na realização de exames de ecografia a participantes de TE, que representaram o papel de DP. Nessas SPs foram avaliadas as CCS dos TR por meio de um *Mini Clinical Evaluation Exercise* (Mini-CEX).

De forma intercalada a essas sessões de SP, foram concretizadas duas sessões de *feedback* e *feedforward* (SFF), com o intuito de consolidar as CCS nos participantes de IMR e transmitir o *debriefing* e o *briefing* aos participantes de TE.

4.1. Desenho do Estudo

O estudo tem caracterização mista, qualitativo e quantitativo, e apresenta um desenho interventivo longitudinal, sem grupo de controlo, conforme esquematizado na Figura 3.

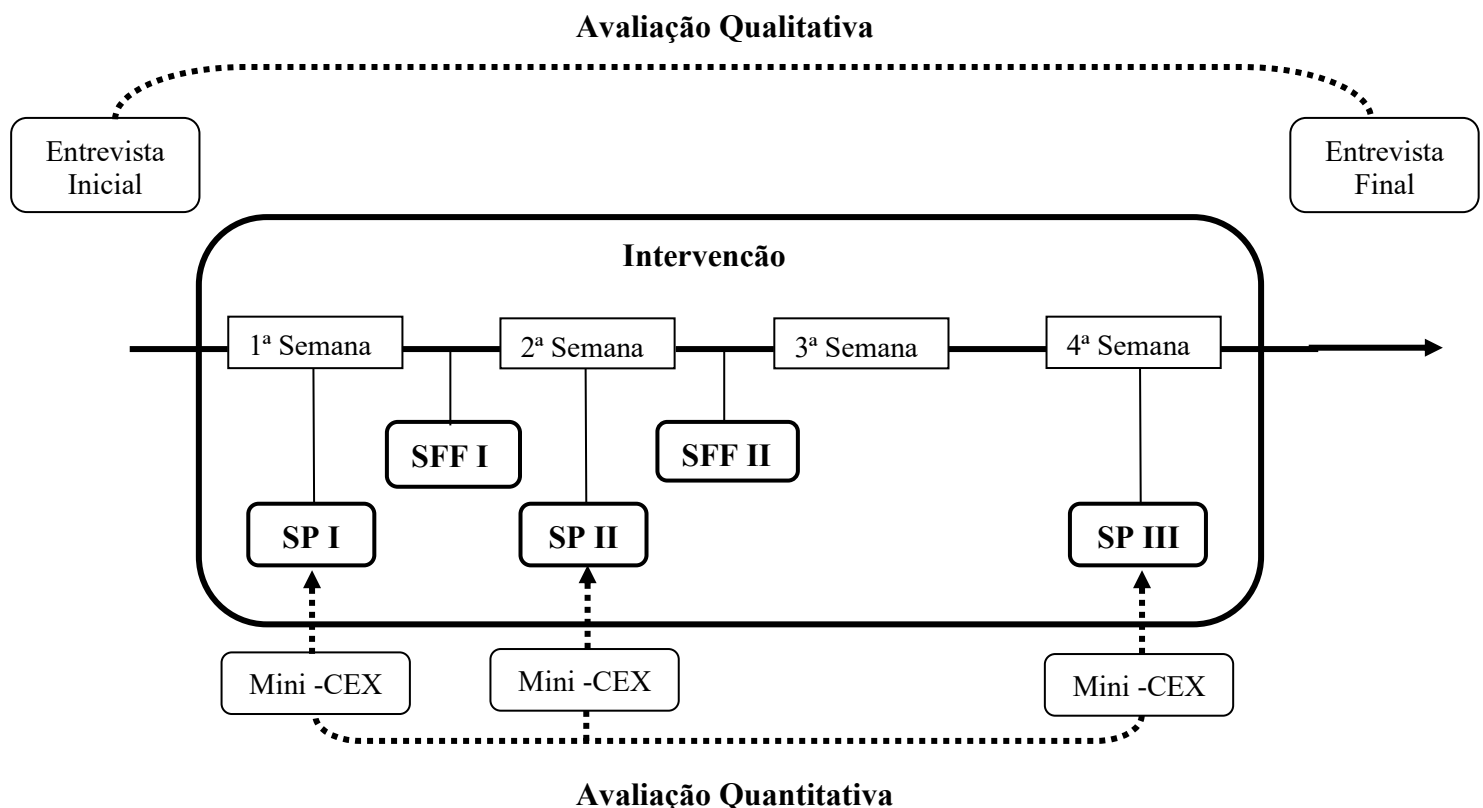


Figura 3- Mapa de desenho do estudo

4.2. Amostra

A amostra inicial do estudo foi constituída por 46 participantes. Contudo houve participantes que não realizaram a totalidade da intervenção ou que não foram avaliados na totalidade os parâmetros em estudo, não sendo contabilizados na análise de dados. Consequentemente, a amostra totalizou 44 participantes, sendo que 22 corresponderam a alunos do segundo ano do curso de IMR da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra (ESTESC) e, os restantes 22 corresponderam a alunos do primeiro ano do curso de TE da Escola Superior de Educação de Coimbra (ESEC), ambas IES do IPC.

A amostra de IMR compreendeu 16 elementos do sexo feminino (72,7%) e 6 do sexo masculino (27,3%), com média de idades de 20 anos e desvio padrão de 1,53 anos, com idade mínima de 19 anos e máxima de 24 anos. Para a amostra de TE, a média de idades foi de 20 anos, com desvio padrão de 2,47 anos sendo que a idade mínima foi de 18 anos e máxima de 26 anos. A amostra de teatro compreendeu 18 elementos do sexo feminino (81,8%) e 4 do sexo masculino (18,2%) (Anexo I).

Esta amostra foi obtida, de forma livre, consentida e esclarecida, para os alunos das turmas supramencionadas.

4.3. Procedimentos

Previamente ao início da realização do estudo, a equipa de investigação definiu toda a metodologia interventiva que foi implementada, desenhou o estudo e, direccionou o foco para o cumprimento dos objetivos. Após discussão e delineamento detalhado dos modelos de implementação da ação colaborativa, iniciou-se a seleção e ajuste dos instrumentos de recolha de dados, produziu-se a intervenção e efetuaram-se os pedidos de autorização para realização do estudo, às entidades de direito.

A amostra foi devidamente selecionada, concretizou-se a entrevista inicial e, procedeu-se à intervenção, tal como previsto, que totalizou cinco sessões, três SP e duas SFF (Figura 3). No final da intervenção realizou-se a entrevista final. Os participantes no momento inicial do estudo foram codificados de modo a garantir a proteção de dados pessoais.

As SPs foram realizadas no espaço físico da ESTESC, no laboratório de ecografia, os restantes momentos do estudo foram realizados online, através da plataforma *Zoom*. O estudo contou com a colaboração do corpo docente de IMR e de TE, respetivamente, os docentes responsáveis pelas unidades curriculares de Ecografia I e Ecografia II e pelas unidades curriculares de Expressão Dramática e Improvisação. Ambos os docentes cooperaram na produção das entrevistas, revisão de conteúdos e implementação da intervenção.

Os materiais utilizados no estudo, não foram para além dos que são utilizados nas aulas práticas das unidades curriculares de ecografia I e ecografia II, como o ecógrafo, gel de ecografia, marquesa, cadeiras e materiais de desinfeção de superfícies. Também foram utilizados adereços figurinos e equipamentos audiovisuais para proceder à gravação das SPs.

No espaço exterior ao laboratório de ecografia foram definidas duas salas de espera independentes, para os TR e DP, de modo que não existisse comunicação previa à SP.

O estudo cumpriu com todas as medidas de proteção e segurança impostas pela pandemia Covid-19, como a obrigatoriedade de uso de máscara, desinfeção das mãos antes e após a SP e desinfeção dos materiais utilizados após a SP.

Para empreender a intervenção foi estipulado o intervalo de tempo de três semanas, uma SP por semana. Porém, devido a fatores como a situação pandémica e as atividades letivas dos participantes, a periodicidade da intervenção necessitou de ser ajustada e adaptada. Consequentemente, as duas primeiras SP realizaram-se com uma semana de intervalo e a última SP com duas semanas de intervalo. As SFF realizaram-se em grupos isolados (TR e DP) entre cada SP.

Ao longo das SP foram avaliadas as CCS aos TR, para tal foi definida uma equipa de avaliação, constituída por quatro avaliadores externos ao estudo, sendo que dois elementos corresponderam a docentes do domínio da psicologia, área científica responsável pelo ensino-aprendizagem das CCS, e os restantes corresponderam a docentes da área da IMR, com experiência profissional e de ensino da área em estudo.

Foi ainda efetuada a gravação das SPs, com a finalidade de se realizar a avaliação das CCS à *posteriori*, através da análise de vídeo das SPs, consoante a indisponibilidade de efetuar a avaliação presencialmente. Os vídeos foram obtidos sem interferir com o desenrolar das sessões de SP. Foram obtidos dois planos de vídeo que incluíram toda a área de realização da SP em duas perspetivas perpendiculares. Obteve-se ainda um terceiro plano adicional que captou a sala de espera. Deste modo, toda a interação verificada entre TR e DP foi captada e ficou disponível em formato vídeo.

Após a recolha de dados, realizou-se a análise dos mesmos e procedeu-se ao levantamento dos resultados e respetivas conclusões.

4.4. Instrumentos de Recolha de Dados

Os instrumentos utilizados para conduzir à recolha de dados qualitativos foram entrevistas semiestruturadas, realizadas no início e no final da intervenção a todos os participantes e, para a recolha de dados quantitativa, recorreu-se à adaptação de uma escala de classificação validada, que avaliou as SPs de cada TR e permitiu aferir as CCS.

No que concerne à recolha de dados qualitativos, as entrevistas semiestruturadas foram realizadas *online*, com recurso à plataforma *Zoom*. Permitiram um estudo em profundidade e a contextualização da perceção dos participantes sobre as temáticas em estudo. Utilizaram-se dez questões abertas, previamente definidas, e algumas questões fechadas e objetivas oriundas do decorrer da entrevista, para direccionar a recolha de dados para o tema. Este modelo de entrevista foi semiestruturado e comportou alguma liberdade do entrevistador, de modo a promover o desenvolvimento do discurso do participante e enquadramento com o tema, sempre de forma imparcial. Assim sendo, as entrevistas realizaram-se de acordo com linhas orientadoras por categorias.

No que diz respeito à área de TE a entrevista inicial incidiu sobre a agilidade na representação e improvisação de DP, nas dimensões da SP com DP, na relação da metodologia com o ensino aprendizagem de TE e nas expectativas e interesses na participação do estudo (Anexo II). Para a área de IMR, as categorias estabelecidas para orientação da entrevista foram o conforto na realização de um exame de diagnóstico, a aplicação desta metodologia de ensino na IMR, a SP e as expectativas e interesses da participação no estudo (Anexo III).

A entrevista final manteve o mesmo modelo (entrevista semiestruturada) e comportou as mesmas perguntas que a entrevista inicial para posterior colação de conteúdo. Contudo, para ambas as áreas, ocorreu a adição de duas questões relacionadas com a opinião e satisfação dos participantes relativamente à metodologia implementada, com o intuito de proceder a reflexões finais (Anexo IV e V).

No que concerne aos dados quantitativos, foram obtidos através do preenchimento de um instrumento de avaliação adaptado da *American Board of Internal Medicine* (ABIM) para a área da IMR, pelo RANZCR (*Royal Australian and New Zealand College of Radiologist*) o RANZCR Mini-CEX *Assesment Form* (Anexo VI). O Mini-CEX, é um método de avaliação, de livre utilização, que tem adquirido grande destaque na educação médica e nos últimos anos na avaliação de competências clínicas (Norcini et al., 2003). Também por toda a área das ciências da saúde este método tem sido utilizado, tendo por base a observação do desempenho do aluno e a respetiva avaliação, seguida da transmissão de *feedback* (Hill & Kendall, 2007). Para avaliar o desempenho recorre-se ao preenchimento de

sete parâmetros, numa escala numérica entre 1 e 9, sendo que 1 representa um desempenho insatisfatório e 9 um desempenho acima do esperado. Visto ser de livre utilização, a adaptação deste instrumento para a realidade das atividades profissionais da IMR pelo RANZCR, permitiu selecionar o Mini-CEX como metodologia de avaliação para instrumentar as SPs (RA Mini CEX Assessment Tool | RANZCR). As CCS elencadas no HPCCC – comunicação com os utentes, foram devidamente enquadradas nas sete competências do instrumento, definindo as CCS em estudo:

- 1) “*Medical Interviewing Skills*” - Acolhimento Técnico: Conexão entre a linguagem verbal e linguagem não verbal. Linguagem verbal deve ser adaptada ao utente, conter a individualidade do utente, o saber perguntar (questões abertas, fechadas e objetivas, não sugestivas) e a assertividade. A linguagem não verbal implica o *rapport* (leitura da linguagem não verbal do utente e comunicação em espelho), a escuta ativa, o contacto visual, a expressão facial, a proximidade (importância do toque) e movimentos gesticulares;
- 2) “*Physical Examination Skills*” - Execução e Dinamismo: Postura adequada, aparência cuidada, apresentação como técnico, transmissão de confiança, conforto e dinâmica adequada à severidade do exame;
- 3) “*Professionalism /Humanistic Qualities*” - Qualidades Humanas e Profissionalismo: Respeito perante o utente, honestidade, compaixão, empatia, confidencialidade, privacidade, imparcialidade e tolerância;
- 4) “*Counselling Skills*” - Orientação Técnica: Explicação do exame, coerente com os riscos e benefícios. Requerer o consentimento informado livre e esclarecido sempre que necessário;
- 5) “*Clinical Judgement*” - Reflexão Técnica: Responsabilidade do profissional de saúde na aliança terapêutica, reconhecer a seriedade da circunstância para o utente e explicação de eventuais terapêuticas sempre que solicitado.
- 6) “*Organization /Efficiency*” - Organização e Eficiência: Gestão de tempo, síntese de informação, organização, preparação, agilidade e sequência lógica de procedimentos;
- 7) “*Overall Clinical Competence*” - Competências Gerais: Autoconhecimento dos limites emocionais e a integridade profissional.

4.5. Intervenção

4.5.1. Simulação Prática (SP)

As sessões de SP foram elaboradas com o intuito de reproduzir situações problema e condições de saúde idênticos aos enfrentados na prática profissional dos TR, na prestação de cuidados de saúde.

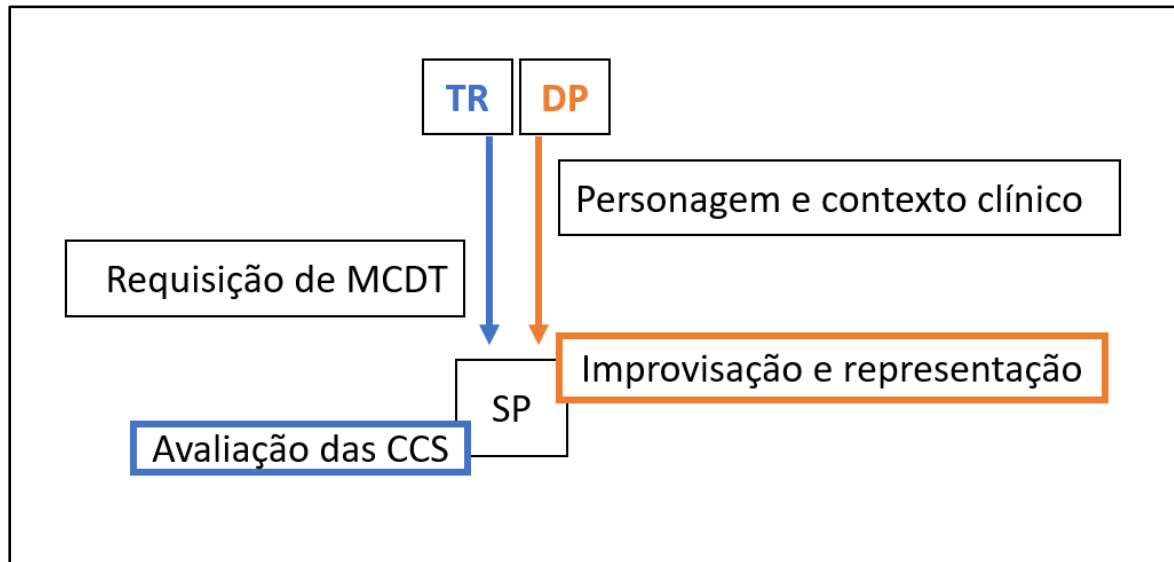


Figura 4- Esquema de realização de uma SP

Para cada TR foi entregue, no momento antes da SP, uma requisição de Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) com os dados de simulação de acordo com a personagem e *briefing* (contexto clínico) providenciados ao DP (Figura 4). As requisições utilizadas no estudo apresentaram um modelo semelhante a uma requisição real, com informação da indicação clínica para realização do exame.

A cada DP foi atribuída uma situação ficcional uma semana antes da SP, composta por personagem com um contexto clínico específico. O contexto clínico continha o nome completo da personagem (DP), a data de nascimento, as notas clínicas, o exame a realizar e a hora e local do exame. Foi transmitido o *briefing* relativo a esse contexto clínico para facilitar a preparação da personagem e promover a autenticidade da improvisação e representação da situação ficcional (Figura 4).

Cada SP consistiu na realização de um exame de ecografia de acordo com o contexto clínico do DP, incluindo a chamada do utente na sala de espera, a execução do exame e o

acompanhamento do mesmo, novamente, à sala de espera. Para tal, foi definido o tempo de duração máxima de sete minutos.

No que concerne às situações ficcionais abordadas nas diferentes SP, a ordem atribuída foi aleatória. Para a primeira SP, foram realizados exames a DP representativos de utentes jovens adultos, na segunda SP os DP representaram utentes com incapacidades e na última SP representaram utentes idosos.

Ao longo das três SPs estiveram sempre presentes pelo menos dois avaliadores e todas as SPs foram devidamente gravadas com recurso a equipamentos audiovisuais.

4.5.1.1. SP I

Na primeira SP, o *briefing* foi orientado para utentes jovens adultos. Para tal, cada participante recebeu o seu contexto clínico (Anexo VII), na qual o exame a ser realizado foi a ecografia abdominal. A indicação clínica correspondeu a “Exame de rotina para estudo dos grandes vasos sanguíneos abdominais”, “Exame de rotina para estudo dos rins” ou “Exame de rotina para estudo do Fígado”. Nesse contexto clínico entregue aos DP, também constaram notas para orientar a simulação para o desenvolvimento de CCS dos TR, tais como nervosismo ligeiro e ansiedade moderada. Para completar o contexto clínico, existiram duas perguntas obrigatórias e uma afirmação a colocar aos TR, ao longo da SP, geral a todos os DP. Na parte inicial do exame os DP colocaram a pergunta “Este exame de ecografia abdominal envolve radiação? Faz mal à saúde?”, a meio do exame a pergunta “Como está a correr o exame? Vi na *internet* que se descobrem muitas lesões graves nas ecografias?” e na parte final do exame os DP afirmaram “Tenho medo destes exames, na minha família já houve muitos casos de lesões nesta região do corpo”.

Como mencionado anteriormente, no dia da SP, cada TR recebeu a requisição clínica (Anexo VIII), cinco minutos antes da realização do exame e foi encaminhado até à sala de exame. A complexidade desta problemática, utilizada na primeira SP foi considerada reduzida, e realizaram-se todas as SP conforme o esperado entre cada TR e DP, pareados de forma aleatória.

4.5.1.1. SP II

Na segunda SP, os DP já haviam recebido o *briefing* na SFF. Para esta SP os contextos clínicos incluíram a realização de exames de ecografia ao ombro direito, a utentes com incapacidades associadas, nomeadamente, invisuais, afónicos, paraplégicos (de cadeira de rodas), com hipoacusia grave ou com síndrome vertiginosa (Anexo X). Os DP foram orientados nesse sentido para a representação e improvisação desses contextos clínicos, que

para além de conterem essa incapacidade, continham também a descrição da sintomatologia que os levou a realizar o exame, detalhadamente, dificuldade nos movimentos de elevação do membro superior direito, ausência de traumatismo (queda, embate ou choque) e persistência da dor no membro superior direito nos últimos cinco dias consecutivos.

Os TR tal como na primeira SP, receberam a requisição de MCDT cinco minutos antes da SP (Anexo X). A indicação clínica que constava na requisição para esta segunda SP foi “exame de rotina para estudo da articulação acromioclavicular direita. Rutura do ligamento transversos? (estudo dinâmico da goteira bicipital direita)” seguida da incapacidade do respetivo DP. A complexidade desta problemática, utilizada na segunda SP, foi considerada elevada.

4.5.1.1. SP III

Para a realização da terceira SP, o *briefing* foi transmitido na segunda SFF, e orientado para a representação de utentes idosos. O exame a realizar foi ecografia ao punho direito para todos os DP. Os contextos clínicos entregues aos DP (Anexo XI) continham algumas características representativas da classe etária idosa, nomeadamente, dificuldade auditiva, necessidade de atenção e dificuldades locomotoras. Também constaram nos contextos clínicos providenciados aos DP alguns sentimentos como solidão, isolamento social e incompreensão. As indicações clínicas deste terceiro contexto foram, designadamente, sensação de formigueiro nos dedos (pequenos períodos de dormência), dificuldade em segurar objetos, ligeiro edema da mão direita e dor no punho direito mais acentuada à noite.

Os TR receberam, igualmente, a requisição clínica do MCDT (Anexo XII), cinco minutos antes da realização do exame de ecografia, e nela constava a indicação clínica “Estudo da articulação do punho direito. Síndrome do túnel cárpico?”. A complexidade da problemática, desta última SP, foi definida como moderada.

4.5.2. Sessão de Feedback e Feedforward (SFF)

No que diz respeito às SFF, realizaram-se entre as SP, conforme esquematizado na Figura 5 e, obtiveram duração de uma hora.

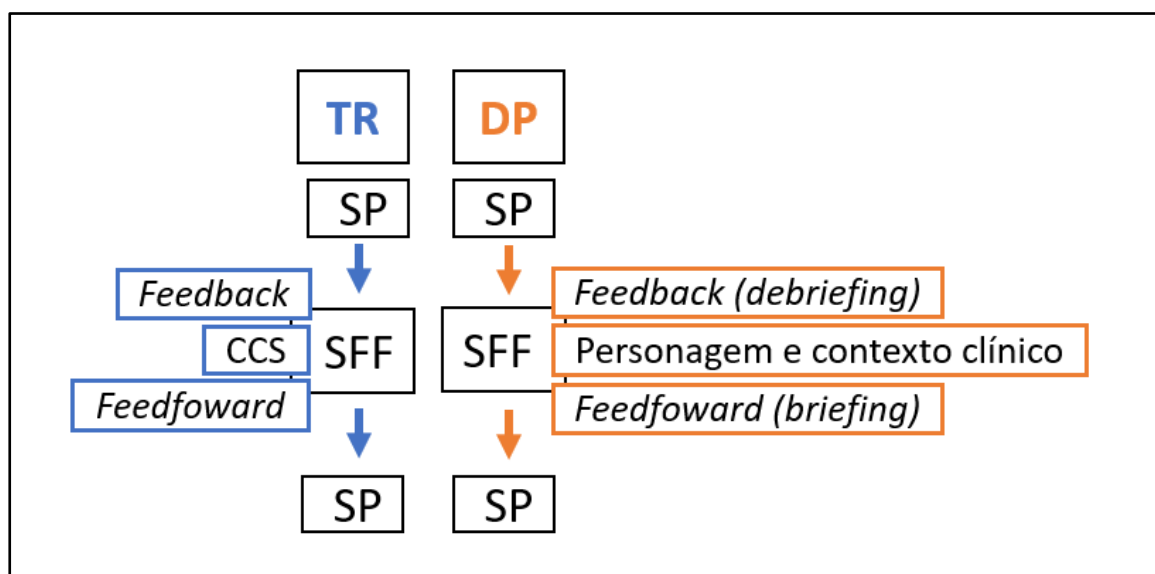


Figura 5- Esquema de realização de uma SFF, para ambas as áreas

Para os TR, as SFF iniciaram-se com transmissão do *feedback* relativo à SP anterior, seguiram-se com o ensino aprendizagem das CCS, de acordo com o mencionado no HPCCC e, na parte final destas duas sessões, foi demonstrada/ exemplificada a aplicação das CCS na prática profissional completando o *feedforward*, tendo em vista o cumprimento dos objetivos propostos.

Relativamente às SFF para os DP também se iniciaram com a transmissão de *feedback* em grupo, sobre a SP anterior, através do *debriefing* efetuado de modo diagnóstico, concentrado nos problemas críticos das SPs garantindo um ambiente passível de aprendizagem (Standards Committee, 2016).

Seguiu-se a atribuição da personagem e contexto clínico seguinte e, posteriormente, o respetivo *briefing* na forma de *Feedforward*. No *briefing* foram descritas algumas situações reais para orientar a representação da situação ficcional estabelecida. Os conteúdos foram produzidos e revistos, juntamente com especialistas na área da improvisação, representação e expressão dramática. No período compreendido entre a SFF e a SP seguinte os participantes de TE prepararam a sua personagem de acordo o *briefing* transmitido, realizaram pesquisa sobre o contexto clínico e foram esclarecidos, sempre que solicitado, alguns aspetos direcionados para a contextualização da problemática dos DP e dos contextos clínicos a simular.

4.6. Análise de Dados

Relativamente aos dados qualitativos, procedeu-se à análise das gravações das entrevistas semiestruturadas, promovendo a credibilidade descritiva e, realizou-se a respetiva categorização por temáticas do conteúdo enunciado pelos entrevistados. A análise foi conduzida tendo em conta os critérios de credibilidade de acordo com o paradigma fenomenológico-interpretativo, na medida em que o valor da verdade, a aplicabilidade, a consistência e a neutralidade foram considerados (Amado, 2014).

Posteriormente, realizou-se o cruzamento de dados qualitativos com os dados quantitativos para promover a credibilidade interpretativa. Esta triangulação de dados traduziu uma tentativa de uma compreensão em profundidade da temática em estudo (Amado, 2014).

Os dados quantitativos foram tratados no software de análise estatística para as ciências sociais, da empresa IBM o SPSS versão 27.

Decorrente da avaliação das SPs, foi construída uma base de dados, para se proceder à análise de dados quantitativos, que comportou todas as CCS, nomeadamente Acolhimento Técnico, Execução e Dinamismo, Qualidades Humanas e Profissionalismo, Orientação Técnica, Reflexão Técnica, Organização e Eficiência e Competências Gerais para cada uma das três SP, originando vinte e uma variáveis, que juntamente com o código dos participantes, sexo, idade e os avaliadores, completaram a base de dados em estudo. Foi realizada estatística descritiva, teste estatístico de *Friedman* (teste não paramétrico para amostras dependentes) e, posteriormente, comparações por método *Pairwise* ajustadas com correção de *Bonferroni*. O nível de significância imposto foi de 95%.

5. Resultados

5.1. Análise Qualitativa

No que concerne aos resultados obtidos através da abordagem qualitativa para os participantes de TE, a análise de conteúdos resultou no agrupamento em quatro categorias distintas. Cada uma dessas categorias de conteúdos subdividiu-se em subcategorias, sendo que foram exploradas as unidades de registo identificadas nas entrevistas a cada participante.

A primeira categoria elencada na entrevista semiestruturada foi a agilidade na representação/improvisação de DP pelos participantes de TE. Esta categoria subdivide-se na agilidade prévia à intervenção e na agilidade após a intervenção. Na maioria das entrevistas foi identificada a desinibição da representação e improvisação de DP ao longo da intervenção, revelando-se esta a principal característica assinalada na análise das entrevistas aos DPs. Alguns participantes salientaram o facto de na primeira SP o medo do desconhecido ser um fator influente na representação do DP e que na segunda e terceira SP esse fator deixou de estar presente, sendo referido que a fluidez da representação/improvisação foi notória.

A segunda categoria compreende as dimensões da SP aplicáveis aos DP. Como subcategorias dos conteúdos das entrevistas definiu-se o realismo da ação, o planeamento das SP e sugestões para um desenvolvimento do estudo no futuro. Foi manifestado por alguns participantes o ponto de vista de que a interpretação do contexto clínico de forma orientada, através das indicações transmitidas (*briefing*), permitiu realizar uma pesquisa direcionada e possibilitou a construção da história da personagem, o figurino e a caracterização psicológica, coerentes com esse contexto. Na comparação pré e pós intervenção verificou-se no início que apenas um caso isolado estava familiarizado com a representação de DP em SP. Como espetável, no final da intervenção toda a amostra indicou ser conhecedora da metodologia aplicada. Nesta dimensão categórica foram referidos aspetos negativos relacionados com a logística da ação, nomeadamente, a distância ao local de realização das SPs e a dificuldade de articulação entre os momentos de intervenção da investigação e a vida pessoal de cada participante. Foram também identificados aspetos sugestivos para a intervenção, tais como o aumento do número de SPs, para possibilitar a diversidade dos contextos clínicos e, ainda, a realização de um ensaio/treino orientado, para além do *briefing*, prévio a cada SP.

A terceira categoria de conteúdos explorada nas entrevistas incidiu sobre a relação da intervenção com o ensino aprendizagem de TE, não existindo nenhuma subdivisão categórica. Foi mencionado por praticamente toda a amostra, pré intervenção, a

imparcialidade de aproveitamento da ação no ensino aprendizagem de TE, premissa que alterou completamente na entrevista final, com a revelação da aquisição de novas vivências em contextos que os participantes nunca antes haviam representado, através do primeiro contacto com simulações. Proporcionou-se a possibilidade de improvisação e representação, adaptadas à simulação e fora do ambiente de sala de aula, tendo sido indicadas pelos participantes melhorias das capacidades de representação e improvisação dos contextos clínicos ao longo da intervenção. No geral, a maioria dos participantes de TE referiu que a ação permitiu “aplicar o que se aprende nas aulas”, “melhorar a presença em cena”, “conhecer novos espaços e realidades”, “pensar sobre como representar determinadas personagens” elementos identificados como potencial formativo da ação e “conhecer-se a si próprio”, “evitar discursos muito específicos para não baralhar a improvisação”, “escolher roupas confortáveis para representar mais facilmente algumas personagens” elementos identificados como autoconhecimento, reconhecendo ao longo das SPs as próprias dificuldades em representar e improvisar determinadas situações. Todos os participantes referiram que a ação melhorou a aprendizagem de TE, através da interpretação do contexto clínico fornecido e do reconhecimento da responsabilidade do DP no coletivo da SP. Também foi relatado o desenvolvimento e aplicação da criatividade, através de processos ação-reação e foi indicado que a pesquisa realizada previamente à SP facilitou na resolução de problemas situacionais (melhoria do pensamento crítico para resolução de problemas). Foi referido, por uma pequena parte dos entrevistados de TE, que a observação do desempenho do TR e o contacto com linguagem técnica, permitiu perceber como, no futuro, poderão representar uma personagem de profissional de saúde. Todos os participantes de TE consideraram a metodologia fundamental para o ensino aprendizagem de TE afirmando, em muitos casos, que seria benéfico realizar mais intervenções idênticas para os futuros alunos do curso. Foram também, nesta categoria, identificados alguns aspetos negativos da ação, tais como a ação ser externa ao plano de estudos do curso e necessitar de períodos de preparação que se relacionam, inteiramente, com os conteúdos lecionados em diversas unidades curriculares de TE. Nesse sentido, os participantes que abordaram essa perspetiva sugeriram para ações idênticas futuras, a intervenção estar inserida na carga letiva do curso.

A última categoria definida para explorar conteúdos resultantes das entrevistas aos participantes de TE envolveu a visão geral da participação no estudo e uma abordagem mais pessoal. As subcategorias dividiram-se em expectativas e interesses, pelo que nesta última, foi mencionado por uma pequena parte da amostra que o TE é uma área que pode ser explorada em diversos contextos humanísticos, e que a sua aplicação poderá resultar em benefício não só para os alunos de TE como para outras áreas, demonstrando interesse e

disponibilidade em apoiar ações futuras. No que concerne às expectativas dos alunos, estas foram superadas por todos os casos da amostra. Foi referido, pela maior parte dos participantes, que no início, no momento de apresentação e explicação do estudo, a ação foi sugerida pelo investigador e pelos docentes colaboradores como benéfica para o ensino aprendizagem de TE. Contudo as expectativas iniciais fixaram-se como reduzidas, devido ao desconhecimento da área da simulação com DP. Foi referido que ao longo do estudo, a motivação e empenho dos participantes cresceu, e a dedicação e envolvimento com a intervenção no final revelou-se elevada.

No que diz respeito à análise qualitativa da amostra de IMR, a primeira categoria abordada nas entrevistas foi o conforto perante o utente na realização de um exame de diagnóstico, nomeadamente um exame de ecografia dos aprendidos até ao momento de realização do estudo. Esta categoria subdividiu-se no conforto perante o utente em termos de relação empática na realização de um exame de diagnóstico e o conforto perante o utente após a realização da intervenção. Os principais aspetos resultantes da análise das entrevistas para esta primeira categoria foram a desinibição dos participantes ao longo das SPs. Todos os alunos referiram que o conforto perante os utentes foi crescente ao longo do estudo, e que tal facto permitiu aumentar a segurança e a proximidade com o utente. Também foi constatado pela maioria da amostra a dificuldade em atender ao utente enquanto se realiza a ecografia, por ser um exame que requer atenção constante. Este problema foi identificado com maior frequência na primeira SP e, de acordo com alguns participantes, foi o aspeto mais trabalhado para as seguintes SP. Outro aspeto enaltecido foi o primeiro contacto com um utente desconhecido. A aproximação à realidade profissional futura foi outra característica abordada pela maioria da amostra de IMR, sendo que alguns alunos reconheceram as suas próprias dificuldades em lidar com o utente, a necessidade de desenvolver a sua autonomia, verificaram as diferenças entre cada DP e a utilidade de criar uma relação momentânea de empatia na realização de um exame.

A segunda categoria abordada na entrevista aos participantes de IMR incidiu sobre o método de ensino. Subdividiu-se na possibilidade do método aplicado, a simulação colaborativa, facilitar ou não o ensino da IMR. No facto do método de ensino ser direcionado para as competências transmitidas no curso de IMR e se este método deveria ser considerado uma ferramenta de ensino para o futuro. Resultante da análise das entrevistas, foi argumentado por alguns entrevistados, no pré teste que o carácter formativo do estudo iria possibilitar o contacto com a prática profissional futura, mas que tinham dúvidas do desenvolvimento das CSS. No final da intervenção os participantes revelaram que a intervenção permitiu dar perceção dos cuidados a ter com o utente na realização de um

exame de diagnóstico e que deveriam ser recomendadas todas as ações que se aproximam de práticas profissionais futuras na formação de todos os profissionais de saúde, principalmente na área do diagnóstico e terapêutica, que se lidam com situações complexas e sensíveis. Uma pequena parte da amostra referiu a necessidade do contacto com diversos utentes ao longo da licenciatura, justificando que saber executar os exames não é suficiente para o desempenho profissional. Todos os participantes afirmaram ter aprendido e desenvolvido as CCS nas SFF e ao longo das SPs. As razões destas afirmações variaram desde a consolidação de parâmetros de execução técnica, mas, sobretudo, no foro comunicacional, “a apresentação como técnicos”, “o tratamento do doente pelo nome”, “a promoção do conforto e suporte ao utente sempre que necessário e oportuno”, “recurso a linguagem adaptada, transmissão de confiança” e a “atenção e escuta ativa”.

No que diz respeito às SFF como ferramenta de ensino de IMR, alguns participantes identificaram ser um momento com extrema importância para a aprendizagem das CCS, que lhes permitiu perceber onde erraram na realização das SPs e de que modo poderão contornar esses erros nas simulações seguintes e exames no futuro. Nesta categoria foi identificado por mais que um participante de IMR, um aspeto menos positivo na aplicação da metodologia. O facto das SFF terem sido ministradas em modo *online* e em grupo, tendo sido afirmado que seria benéfico a transmissão de *feedback* e *feedforward* de modo presencial e individual.

A terceira categoria definida na entrevista aos participantes de IMR envolve a SP. Esta subdivide-se na satisfação da realização de SP com DP e adesão a ações idênticas futuras. No geral, para IMR, resultante da análise dos testemunhos por meio das entrevistas, todos os participantes afirmaram ter desenvolvido as CCS ao longo das SPs. Os motivos destas afirmações compreenderam a autorreflexão que se verificou após a intervenção, na entrevista final. Os participantes de IMR revelaram estar conscientes de que estas primeiras interações com utentes, mesmo estes sendo DP, lhes facilitarão o desempenho da sua atividade profissional futura de forma autónoma, reconhecendo a importância das CCS, e respetiva aplicação prática. Foi identificada, por um participante, uma característica humanística fundamental a ter em conta no momento de aplicação da metodologia, nomeadamente o nervosismo por realizar uma SP com DP pela primeira vez. Outro aspeto identificado, compreendeu o número de SPs, que para alguns participantes foi reduzido, afirmando que gostariam de realizar mais SPs para adquirirem mais experiência e autonomia. Contudo, para um caso isolado, o número de SPs deveria ser limitado a dois momentos e um momento único de SFF, considerando ser suficiente para desenvolver as CCS. A maioria dos casos afirmou a importância de no futuro se realizar uma intervenção idêntica, aplicada a outras modalidades de diagnóstico e terapêutica, demonstrando interesse em participar novamente.

Este ponto relaciona-se, inteiramente, com a última categoria definida nas entrevistas para os participantes de IMR, expectativas e interesses. Tal facto vai ao encontro da motivação, satisfação e aprendizagem revelados pelos próprios participantes. A maioria dos participantes identificou uma clara evolução das CCS da primeira para a última SP, algo que não expetavam no início do estudo.

5.2. *Análise Quantitativa*

Numa primeira abordagem de estatística descritiva, analisou-se a base de dados de acordo com a distribuição das vinte e uma variáveis em estudo, verificando-se que todas as variáveis apresentaram distribuições não normais, com valor probabilístico inferior a 0,05, nos testes de normalidade *Kolmogorov-Smirnov* (Anexo XIII), para amostras inferiores a cem casos. Este facto é conivente com a presença de *outliers* nos diagramas de extremos e quartis representados nas Figuras 6 a 12, que demonstram as distribuições das avaliações das CCS para cada SP por quartis.

Para analisar as variâncias das CCS ao longo das SP, realizou-se o teste de *Friedman* (Anexo XIV), verificando-se valores probabilísticos inferiores a 0,05 ($p < 0,001$) para todas as CCS, assumindo que existem diferenças significativas entre as avaliações das SP.

Por consequente, realizaram-se comparações por método *Pairwise*, com correção de *Bonferroni*, para estudar quais as SP que diferiram estatisticamente entre si (Tabela 1). Os valores probabilísticos, seguidamente, mencionados, correspondem aos valores probabilísticos ajustados pela correção de *Bonferroni*.

Assim sendo, verificou-se que, com exceção da Orientação Técnica ($p = 0,020$), todas as restantes CCS, da primeira SP para a segunda SP, não registaram melhorias estatisticamente significativas nas avaliações (Acolhimento técnico $p = 0,086$; Execução e Dinamismo $p = 0,425$; Qualidades Humanas e Profissionalismo $p = 0,874$; Reflexão Técnica $p = 0,104$; Organização e Eficiência $p = 1,000$; Competências Gerais $p = 0,367$).

Da segunda SP para a terceira SP, à exceção da Reflexão Técnica ($p = 0,229$), todas as restantes CCS registaram melhorias estatisticamente significativas nas avaliações (Acolhimento técnico $p = 0,000$; Execução e Dinamismo $p = 0,000$; Qualidades Humanas e Profissionalismo $p = 0,000$; Orientação Técnica $p = 0,000$; Organização e Eficiência $p = 0,000$; Competências Gerais $p = 0,005$).

Da primeira para a terceira SP todas as CCS registaram melhorias estatisticamente significativas nas avaliações das SP em DP ($p = 0,000$ para todas as CCS).

Método <i>Pairwise</i>	Est. teste	Est. teste Padrão	Est. teste de teste Padrão	<i>p-value</i>	Adj. <i>p-value</i> ^a
Acolhimento Técnico					
SP1-SP2	-0,33	0,15	-2,19	0,029	0,086
SP1-SP3	-1,22	0,15	-8,10	0,000	0,000
SP2-SP3	-0,89	0,15	-5,92	0,000	0,000
Execução e Dinamismo					
SP1-SP2	-0,22	0,15	-1,47	0,142	0,425
SP1-SP3	-1,24	0,15	-8,25	0,000	0,000
SP2-SP3	-1,02	0,15	-6,78	0,000	0,000
Qualidades Humanas e Profissionalismo					
SP1-SP2	-0,16	0,15	-1,06	0,291	0,874
SP1-SP3	-1,05	0,15	-6,97	0,000	0,000
SP2-SP3	-0,89	0,15	-5,92	0,000	0,000
Orientação Técnica					
SP1-SP2	-0,41	0,15	-2,71	0,007	0,020
SP1-SP3	-1,14	0,15	-7,58	0,000	0,000
SP2-SP3	-0,73	0,15	-4,86	0,000	0,000
Reflexão Técnica					
SP1-SP2	-0,32	0,15	-2,11	0,035	0,104
SP1-SP3	-0,59	0,15	-3,88	0,000	0,000
SP2-SP3	-0,27	0,15	-1,77	0,076	0,229
Organização e Eficiência					
SP1-SP2	-0,14	0,15	-0,91	0,366	1,000
SP1-SP3	-0,92	0,15	-6,11	0,000	0,000
SP2-SP3	-0,78	0,15	-5,20	0,000	0,000
Competências Gerais					
SP1-SP2	-0,23	0,15	-1,55	0,122	0,367
SP1-SP3	-0,71	0,15	-4,67	0,000	0,000
SP2-SP3	-0,47	0,15	-3,13	0,002	0,005

p-value: valor probabilístico; Adj. *p-value*: Valor probabilístico Ajustado

a. Valores probabilísticos ajustados pela correção *Bonferroni*.

Tabela 1 – Comparações por método *Pairwise*

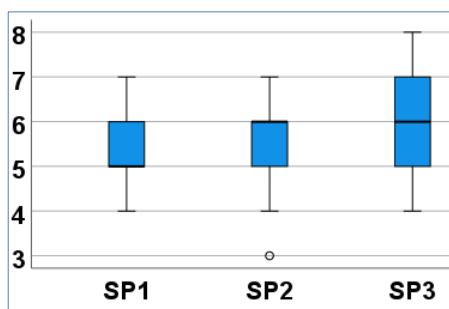


Figura 10 – Reflexão Técnica

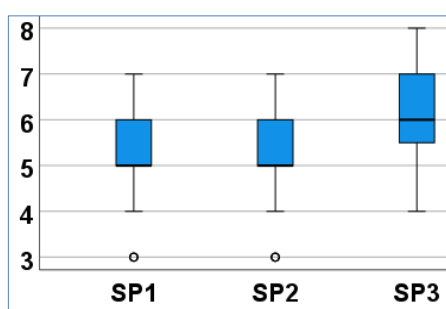


Figura 11 – Organização e Eficiência

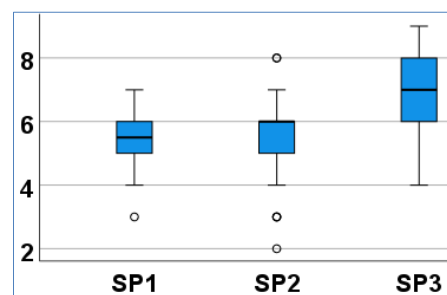


Figura 6 – Acolhimento Técnico

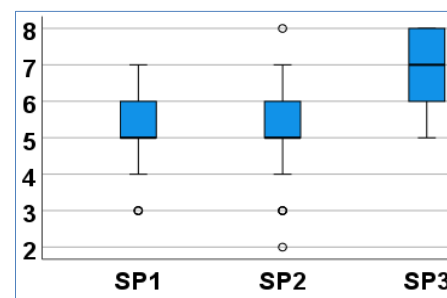


Figura 7 – Execução e Dinamismo

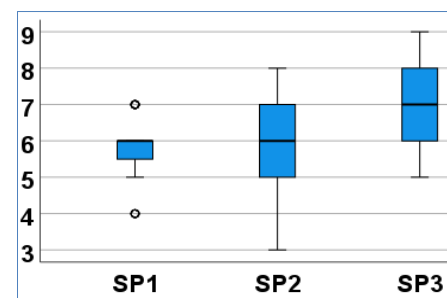


Figura 8 – Qualidades Humanas e Profissionalismo

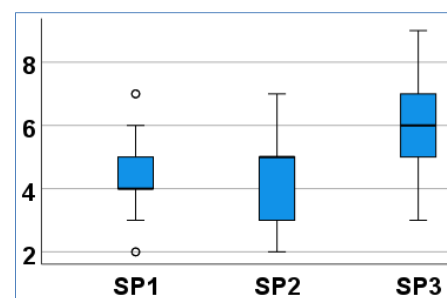


Figura 9 – Orientação Técnica

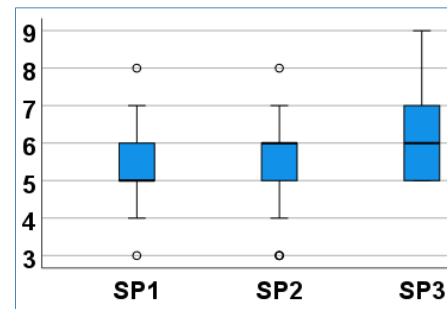


Figura 12 – Competências Gerais

6. Discussão

O delineamento e aplicação da metodologia de ensino colaborativa com recurso à simulação proporcionou uma conexão clara entre os conhecimentos teóricos e a sua aplicação prática, para ambas as áreas envolvidas, a IMR e o TE.

Esta estratégia interventiva utilizada no decorrer do estudo revelou ser uma ferramenta muito positiva na aprendizagem e desenvolvimento das CCS, para a área da IMR e da improvisação e representação de ações fictícias em saúde, para a área do TE.

Inicialmente, quando se procedeu ao planeamento da intervenção, direcionou-se a construção dos contextos clínicos utilizados nas SPs, de forma orientada à prestação de cuidados de saúde centrados no utente, com objetivo de que em todas as SPs, os futuros profissionais de saúde, necessitassem de recorrer às CCS para executar os exames complementares de diagnóstico e terapêutica do modo mais humano e adaptado ao utente.

A comunicação é um processo comum a qualquer prática das ciências da saúde (Teixeira, 2004). O HPCCC estipula as competências fulcrais que os alunos pré-graduados das ciências da saúde devem cumprir na sua formação. Deste modo, as SFF para os participantes de IMR, abordaram as CSS elencadas no HPCCC, permitindo o ensino-aprendizagem das mesmas.

Os resultados oriundos da abordagem qualitativa e quantitativa dos participantes de IMR são indicativos de melhoria de todas as CCS ao longo da intervenção. É, deste modo, enaltecido o carácter educativo da ação que fortalece o uso de metodologias colaborativas idênticas, com recurso a DP.

Esta premissa coincide com a revisão de literatura de Mesquita et al., incidente no uso de DP para potenciar as CCS em farmacêuticos. Mesquita concluiu que a maioria dos estudos abordados que utilizaram DP, concentraram-se na descrição do desempenho e aconselhamento dos farmacêuticos sem foco educativo no detalhe e desenvolvimento das CCS investigadas (Mesquita et al., 2010). No planeamento do presente estudo, essa característica foi considerada e foram descritas e instruídas as CCS, suscetíveis a ser implementadas no ensino da IMR em prol de melhorias formativas.

De acordo com a literatura existente em CCS para a IMR, Pollard et al identificou cinco temas que promovem o *rappport* e a confiança entre o TR e o utente. A introdução e saudação, a instrução/ explicação, o sentir-se confortável na realização de um exame ou tratamento, a comunicação clara e a amabilidade. Estas CCS abordadas por Pollard relacionam-se inteiramente com as CCS abordadas nesta investigação. A conclusão do estudo sugere que estas características devem ser consideradas em programas de educação e formação em IMR devido às implicações positivas e utilitárias na prática profissional futura (Pollard et al., 2019).

Também Taylor desenvolveu um estudo que revela a importância das CCS em IMR, na medida em que envolveu a prática reflexiva para enumerar aspetos chave da relação TR e utente, tais como, linguagem verbal, não verbal e leitura da linguagem não verbal do utente para observação de pistas que o caracterizem emocionalmente e psicologicamente. A conclusão do estudo identifica que para manter os cuidados de saúde centrados no utente, no atual ambiente técnico e cultural de rápido desenvolvimento, implica que os profissionais de IMR adquiram expressões comportamentais e de compaixão oportunas e apropriadas assim como o incremento de CCS interpessoais específicas (Taylor et al., 2021).

Detalhadamente, na aplicação desta metodologia colaborativa os resultados quantitativos coincidem com os resultados qualitativos e, são concordantes com o estado de arte no desenvolvimento das CCS em IMR.

A CCS que registou menos melhorias entre sessões foi a Reflexão Técnica. Apenas registou melhorias entre a primeira e a terceira SP. Por esta CCS implicar o contacto mais próximo com o doente e a exploração de conhecimentos terapêuticos, para facilitar na aliança terapêutica, tornou-se a CCS menos desenvolvida pelos TR. Ainda assim, foi significativa a melhoria ao longo da intervenção.

A Orientação Técnica foi a CCS que registou mais melhorias significativas. Esta característica desenvolvida pelos participantes, obteve melhorias significativas entre todas as SPs e considerou-se um resultado promissor de rápido desenvolvimento, fundamental na prestação de cuidados de saúde, que facilitará a introdução futura no meio prático profissional.

O Acolhimento Técnico, a Execução e Dinamismo, as Qualidades Humanas e Profissionalismo, a Organização e Eficiência e as Competências Gerais obtiveram resultados análogos bastante positivos, com melhorias significativas das CCS ao longo da intervenção, nomeadamente, entre a segunda e terceira SP e entre a primeira e terceira SP. As justificações para os resultados obtidos consistem nas CCS estarem menos desenvolvidas na primeira SP. Também o grau de dificuldade das SPs, o nervosismo inerente ao primeiro contacto com a metodologia de simulação e o nervosismo associado à realização dos primeiros exames, autonomamente, foram fatores que justificam os resultados obtidos.

Relativamente ao grau de dificuldade, a primeira SP conteve um grau de dificuldade reduzido, a segunda SP representou a maior dificuldade e a terceira SP representou grau de dificuldade médio. A ordem das SP foi atribuída aleatoriamente. Contudo, o nervosismo enunciado na análise qualitativa derivado da estreia na realização de exames de forma autónoma pelos participantes, na primeira SP, e o nervosismo inerente ao desconhecimento da metodologia de simulação tornaram a primeira SP um pouco mais complexa pela inibição

natural dos TR. A segunda SP decorreu como seria esperado e a terceira SP superou as expectativas. Na terceira SP, a dificuldade estabelecida foi média, contudo os TR já se apresentaram mais desinibidos, fruto do desenvolvimento das CCS nas SFF e nas SPs anteriores, o que os deixou mais confiantes e permitiu que a terceira SP fluísse de forma mais eficaz, o que se veio a comprovar pelos resultados superiores para todas as CCS. Este facto enaltece a aplicação da metodologia de ensino com recurso a simulação com DP, à semelhança de resultados obtidos em estudos idênticos tais como na área da enfermagem o estudo de MacLean et al. que recomenda expandir a utilização de DP para aumentar as competências de comunicação dos enfermeiros e a capacidade de envolvimento com os utentes em diversos contextos clínicos (MacLean et al., 2017).

Um dos principais resultados qualitativos foi a autoconsciência que os alunos demonstraram, ao referir que não tinham noções de quão difícil seria comunicar perante um utente, na realização de um exame que necessita de atenção constante para ser corretamente executado, como a ecografia. Este aspeto foi comum nas entrevistas finais, pois, os participantes reconheceram este obstáculo que impediu prestar a atenção devida ao utente. Assume-se assim, a importância de desenvolver as CCS para a excelência da prestação de cuidados, nos profissionais que executem procedimentos complexos na presença dos utentes, de forma a potenciar o seu desempenho e aumentar a segurança e conforto do utente. Esta evidência foi reportada também por Bowman et al., “A incorporação de simulação pré clínica nas competências curriculares dos cursos de ecografia é recomendada para melhorar o desempenho do aluno, reduzir a carga sobre a equipa clínica e aumentar a segurança do utente durante estágios iniciais de ensino de ecografia” (Bowman et al., 2021, p. 8).

Relacionando esta dificuldade em comunicar durante a realização de um exame complexo, identificada pelos participantes, com os resultados obtidos na CCS Reflexão Técnica, poder-se-á também justificar as diferenças significativas apenas entre a primeira e a terceira SP, com o facto desta CCS envolver a criação de uma relação momentânea com o utente passível de estabelecer a aliança terapêutica. Como os participantes reconheceram dificuldades comunicativas nesse sentido, na primeira SP, os resultados quantitativos são coincidentes com os resultados qualitativos.

Ainda assim, foi percecionado por todos os participantes o aprimoramento das CCS entre a primeira e a última SP, resultado qualitativo coincidente também com a análise quantitativa.

A produção e empreendimento desta metodologia proveitosa, com recurso a simulação com DP, conduziu a melhorias muito positivas das CCS nos participantes de IMR,

aproximando o estudo à literatura atual. Permitiu também preparar os participantes para ações idênticas futuras, excluindo o fator nervosismo das próximas SP com DP.

O facto de se ter definido desde o começo a utilização da simulação com recurso a DP, representados e improvisados por alunos de TE, entendeu-se como uma tática de obter aproveitamento para ambas as áreas, através da colaboração das mesmas e contornando eventuais custos de aplicação metodológicos que surgiriam caso a ação recorresse a tecnologias de simulação. Esta metodologia não é pioneira e existem estudos idênticos que recorrem a estratégias similares, como é o caso do estudo de Salam et al., em 2012, que recorreu a alunos de teatro para potenciar a prestação de cuidados de saúde centrados no utente por profissionais de enfermagem (Salam et al., 2012).

De modo a complementar a justificação desta escolha metodológica, os alunos do curso de TE, são dotados dos conhecimentos da área do teatro, expressão dramática e improvisação, o que possibilitou a obtenção de DP com máximo realismo, autenticidade e rigor. Também Hemond et al., em 2021, treinou médicos internos com recurso a DP representados por alunos voluntários de teatro, obtendo resultados idênticos na representação de DP e resultados positivos do desempenho médico (Hemond et al., 2021).

A simulação ao ser efetuada com utilização de DP, ao invés de simuladores clínicos e tecnológicos, exponencia a relação humana entre profissional de saúde e utente por conter o fator humano na relação interpessoal (Bosek et al., 2007).

Para que o foco da metodologia não se desviasse da prestação de cuidados de saúde centrados no utente, ao longo do estudo, todo o *briefing* e *debriefing* transmitido aos DP esteve, inteiramente, relacionado com a essência de cada SP. Foram assim conjecturados os vários cenários, contextos clínicos e prognosticadas as interações entre os participantes em cada sessão de SP. Este detalhe permitiu antever diversas lacunas e conceber todo o material utilizado.

Sendo o *briefing* e o *debriefing* dos principais elementos da simulação, foi recolhida bastante informação padronizada, boas práticas de diversas instituições internacionais de simulação e foram projetadas minuciosamente as SFF, para que a coerência, assimilação e compreensão das SPs fosse garantida. O *briefing* e *debriefing* foram transmitidos mantendo o mesmo período temporal, na disponibilidade imediata após a SP anterior, de forma a que as SPs estivessem bem presentes na memória dos participantes.

No que consta dos resultados qualitativos dos participantes de TE, depreendem-se melhorias na representação e improvisação de DP na aplicação de noções ficcionais, adequação dos figurinos à personagem através da consciencialização e exploração de forma

criativa e sensível de elementos de expressão dramática auxiliares na caracterização psicológica da personagem.

A representação e improvisação ao longo das SPs foram marcadas pela desinibição e fluência dos participantes. Os discursos dirigidos pelos participantes revelaram a aprendizagem em lidar com mecanismos de bloqueio como a vergonha, o medo e a autoimagem, o que direcionou o estudo para os objetivos de aprendizagem da área do TE. Através da participação nas SPs foi possível contactar com novas realidades na área do diagnóstico e terapêutica e experienciar personagens com necessidades e contextos clínicos específicos do foro da saúde. Assim, proporcionou-se o confronto com o real (espaço físico), o que permitiu desenvolver a imaginação concreta sobre a ação desenvolvida e adquirir dados de memória (Dutra, 2017). Esta característica evidenciada, torna-se benéfica na representação e improvisação futura de personagens relacionadas com a área da saúde.

Nas SFF, o *briefing* transmitido aos alunos de TE correspondeu ao enquadramento da personagem e contexto clínico, descrevendo situações reais para facilitar a representação, sendo que existiram momentos propícios a esclarecimentos que tornaram a informação mais acessível e pertinente de ser explorada. Esta metodologia implicou o recurso ao trinómio “Quem?”, “Onde?” e “O quê?”, para interpretar e construir a lógica da situação fictícia (Carolina et al., 2005). O processo de transição do concreto (contexto clínico) para a situação fictícia (simulação do DP) foi, deste modo, acompanhado, permitindo para além da insistência da capacidade criativa dos alunos de TE, a garantia de que a história pessoal do DP coincidia com o historial clínico aumentando a autenticidade da simulação. Consequentemente, também os figurinos dos DP foram ajustados ao contexto clínico garantindo que os pressupostos para as situações problema objetivadas fossem atingidos. Esta particularidade permitiu aumentar o realismo das SP ao longo da intervenção. Estas matrizes metodológicas foram direcionadas para os objetivos de aprendizagem de representação e improvisação de DP e expressão dramática para o desenvolvimento do pensamento crítico e da criatividade dos participantes de TE no que diz respeito ao foro da saúde. Objetivamente, foi um dos pontos mais abordados na entrevista final pelos alunos de TE, revelando desenvolvimento das capacidades mencionadas.

De modo geral todas as SP foram concretizadas com sucesso, não só pelo desenho pormenorizado e preparação minuciosa do estudo, mas também pelo elevado empenho e vigor empreendidos pelos participantes de ambas as áreas.

Relativamente à transposição dos resultados obtidos para a prática profissional, os contextos clínicos abordados e o tipo de utentes simulados são representativos da afluência

humana nos sistemas de saúde, nomeadamente, idosos, jovens adultos e utentes com incapacidades associadas.

Um fator importante que impulsionou a participação e dedicação ao estudo foi a cooperação dos docentes das unidades curriculares envolvidas, da área de IMR e de TE, o que proporcionou maior credibilidade na metodologia de ensino e elevou a agregação dos participantes em todas as etapas do estudo. Esta cooperação havia sido recomendada por MacDonald-Wicks ao afirmar a elevada importância do apoio do corpo docente para o bom desenvolvimento das intervenções em saúde (MacDonald-Wicks & Levett-Jones, 2012).

Esta cooperação docente permitiu, juntamente com a constituição da equipa de avaliação com conhecimentos homólogos ao estudo, com a diversidade de contextos clínicos nas SP, quantidade das SP e SFF e os conhecimentos e delineamento das SFF garantir viabilidade e fiabilidade na investigação.

A aprendizagem de competências, habilidades, atitudes e valores por meio de diferentes realidades adapta a forma como os profissionais pensam e interagem entre si, acarreta melhorias no fluxo e ambiente de trabalho e, consequentemente, beneficia toda comunidade (WHO, 2010).

A produção e aplicação desta metodologia sustentável colaborativa de simulação com DP permitiu obter resultados positivos para o desenvolvimento das CCS. Sugere-se a aplicação de metodologias idênticas, de carácter sustentável em outras áreas das ciências da saúde e, com outros contextos clínicos, tais como doentes oncológicos, doentes em isolamento de contacto e doentes de diferentes culturas, de modo a humanizar os sistemas de saúde e proporcionar uma prestação de cuidados de saúde centrados no utente.

Tem sido evidente e bem fundamentado que a correta articulação e colaboração entre áreas científicas poderá desmitificar as adversidades impostas por esta crise global em saúde e conduzir a uma maior efetividade do ensino e da prestação de cuidados de saúde centrados no utente (WHO, 2010).

7. Conclusões

A intervenção empreendida foi aplicada com recurso a uma colaboração entre duas áreas distintas, com o seu foco no desenvolvimento de CCS dos futuros profissionais de saúde. A criação desta parceria estabeleceu uma relação de usufruto com resultados positivos para o ensino-aprendizagem de IMR e TE, através da implementação de metodologias ativas na sua vertente mais prática.

Esta ação interventiva assumiu um carácter sustentável, na medida em que desenvolveu o ensino-aprendizagem de ambas as áreas, com recurso aos meios disponíveis na IES sem aplicação de custos associados.

As bases de sustentação da intervenção corroboraram com o princípio de literacia de informação e de cidadania em saúde, estando estes conceitos relacionados com a promoção da literacia em saúde e melhoria do bem-estar geral da população. Assim, entende-se a intervenção como uma ação de educação para a saúde, tendo por base princípios de sustentabilidade, com recurso a metodologias práticas de simulação colaborativa, para a promoção de cuidados de saúde centrados no utente, através de um ensino focado no desenvolvimento de CCS.

Ao longo do estudo foram identificadas algumas limitações, que foram contornadas. Nomeadamente, a falta de experiência em simulação que requereu investimento adicional de tempo para pesquisa orientada e aprendizagem, a pandemia imposta pela COVID-19 que vigorou no momento de aplicação da metodologia de ensino e que envolveu elevada capacidade de organização e de articulação entre as áreas de IMR e TE e a pouca disponibilidade de espaços físicos, que implicou a permanência sempre na mesma sala, organizada do mesmo modo. Este último ponto identificado como limitação ao estudo converteu-se num aspeto positivo, porque garantiu a boa definição de espaço para as restantes SPs. Ainda assim, existiram limitações que não foram passíveis de ser contornadas, tais como o *feedback* não ser transmitido individualmente, devido ao elevado tempo que tal ação implicaria e à escassa disponibilidade dos participantes.

O modelo de avaliação à *posteriori* representou outra limitação, pois exigiu aos avaliadores grande disponibilidade de tempo e desconforto perante equipamentos audiovisuais. A qualidade das gravações em alguns casos dificultou a avaliação e foi necessário recorrer aos planos de câmara alternativos, fator que implicou mais tempo para realizar a avaliação. Não existiram planos de câmara uniformizados individualizados para os TR ou DP, o que dificultou a perceção dos avaliadores na avaliação à *posteriori*.

Assim sendo, a avaliação à *posteriori* representou a maior limitação do estudo, devido à elevada complexidade em avaliar competências humanísticas, via gravações. Não obstante,

a avaliação foi corretamente cumprida e todos os casos constituintes da amostra foram devidamente avaliados.

Relativamente às potencialidades do estudo, o planeamento metodológico conciso da intervenção, permitiu conduzir a ação com rigor e exequibilidade ao longo do estudo. Consequentemente, proporcionou o cruzamento dos dados qualitativos com os dados quantitativos, para a amostra de IMR, permitindo aprofundar a temática em estudo, tendo-se verificado que a perceção e consciencialização dos alunos foram coincidentes com a melhoria das CCS (Acolhimento Técnico, Execução e Dinamismo, Qualidades Humanas e Profissionalismo, Orientação Técnica, Reflexão Técnica, Organização e Eficiência e Competências Gerais) verificada ao longo da intervenção. Acrescenta-se ainda a pertinência da intervenção, visto que a simulação da prestação de cuidados de saúde representou a maioria dos utentes dos sistemas de saúde, nomeadamente, idosos, jovens adultos e utentes com incapacidades associadas.

Desta forma, possibilitou-se a criação de uma metodologia de ensino sustentável com recurso à simulação, através da colaboração entre a IMR e o TE. A exequibilidade e aplicação do método, resultaram no desenvolvimento das CCS para os alunos de IMR e na melhoria das capacidades de representação e improvisação de situações fictícias da área da saúde para os alunos de TE.

Assim sendo, a melhoria das CCS nos futuros profissionais de saúde, através desta metodologia de ensino, remeterá benefícios na prestação de cuidados de humanísticos e centrados no utente. Em suma, a adoção de práticas formativas idênticas, é sugerida de modo a exponenciar a humanização de todas as áreas do setor da saúde.

8. Bibliografia

- Amado, J. (2014). *Manual de Investigação Qualitativa em Educação 3ª Edição*. Imprensa Universidade de Coimbra. <https://doi.org/10.14195/978-989-26-0879-2>
- ATARP (2018). *Associação Portuguesa de Técnicos de Radiologia, R. e M. N. - Código Deontológico* (Revisão).
- Bachmann, C., Abramovitch, H., Barbu, C. G., Cavaco, A. M., Dago Elorza, R., Haak, R., Loureiro, E., Ratajska, A., Silverman, J., Winterburn, S., & Rosenbaum, M. (2013). *Medical Education A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions*. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.10.016>
- Berbel, N. A. N. (2011). As metodologias ativas e a promoção da autonomia dos estudantes. *Sêmia: Ciênc. Soc. Hum*, 32(1), 25. <https://doi.org/10.5433/1679-0383.2011v32n1p25>
- Blackmore, A., Kasfiki, E. V., & Purva, M. (2018). Simulation-based education to improve communication skills: a systematic review and identification of current best practice. *BMJ Simulation & Technology Enhanced Learning*, 4(4), 159–164. <https://doi.org/10.1136/BMJSTEL-2017-000220>
- Bowman, A., Reid, D., Bobby Harreveld, R., & Lawson, C. (2021). Evaluation of students' clinical performance post-simulation training. *Radiography (London, England : 1995)*, 27(2), 404–413. <https://doi.org/10.1016/J.RADI.2020.10.002>
- Bosek, M. S., Li, S., & Hicks, F. D. (2007). Working with standardized patients: a primer. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 4(1). <https://doi.org/10.2202/1548-923X.1437>
- Bradley, P. (2006). *The history of simulation in medical education and possible future directions*. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02394.x>
- Bradley, P., & Postlethwaite, K. (2003). Simulation in clinical learning. *Medical Education, Supplement*, 37(1), 1–5. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.37.s1.1.x>
- Carolina, A., Fuchs, M., & Alegre, P. (2005). Universidade Federal do Rio Grande do Sul Faculdade de Educação Programa de Pós-Graduação em Educação Improvisação Teatral e Descentração
- Castiglia, P., & Dettori, M. (2022). Second Edition of Special Issue “Strategies and Evidence in Health Communication: Evidence and Perspectives.” *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3). <https://doi.org/10.3390/IJERPH19031460>
- Cooper, J. B., & Taqueti, V. R. (2004). A brief history of the development of mannequin

- simulators for clinical education and training. *Quality & Safety in Health Care*, 13(Suppl 1), i11. <https://doi.org/10.1136/QSHC.2004.009886>
- Costa, Cátia (2017). *RUN: Simulação clínica em Portugal: a realidade dos centros de simulação e percepção dos seus principais stakeholders*. Retrieved May 22, 2022, from <https://run.unl.pt/handle/10362/34143>
- Cruess, R. L., & Cruess, S. R. (2020). Professionalism, Communities of Practice, and Medicine's Social Contract. *Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM*, 33(Suppl), S50–S56. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2020.S1.190417>
- Dalcól, C., Garanhani, M. L., Fonseca, L. F., & Carvalho, B. G. (2018). Communication skills and teaching-learning strategies: Perception of nursing students. *Cogitare Enfermagem*, 23(3). <https://doi.org/10.5380/CE.V23I3.53743>
- Direção Geral da Saúde (2022). Retrieved May 28, 2022, from <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021.aspx>
- Doshi, N. (2017). Effectiveness of team-based learning methodology in teaching transfusion medicine to medical undergraduates in third semester: A comparative study. *Asian Journal of Transfusion Science*, 11(2), 87–94. https://doi.org/10.4103/ajts.AJTS_123_16
- Dutra, S. de C. (2017). *Linhagens e Noções Fundamentais de Improvisação Teatral No Brasil Leituras Em Boal e Burnier*. <https://pt.scribd.com/book/405792518/Linhagens-e-noco-es-fundamentais-de-improvisacao-teatral-no-Brasil-Leituras-em-Boal-e-Burnier>
- EACH (2022). *tEACH Resources - EACH*. Retrieved April 10, 2022, from <https://each.international/resources/teach/>
- EACH - HPCCC (2012). *The Health Professionals Core Communication Curriculum (HPCCC): Objectives for undergraduate education in health care professions*.
- EACH (2022). Retrieved March 31, 2022, from <https://each.international/>
- Eeckhout, T., Gerits, M., Bouquillon, D., & Schoenmakers, B. (2016). Video training with peer feedback in real-time consultation: acceptability and feasibility in a general-practice setting. *Postgraduate Medical Journal*, 92(1090), 431–435. <https://doi.org/10.1136/POSTGRADMEDJ-2015-133633>
- Egnew, T. R., & Wilson, H. J. (2010). Faculty and medical students' perceptions of teaching and learning about the doctor-patient relationship. *Patient Education and Counseling*, 79(2), 199–206. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.08.012>
- Ferreira, M. A., Carvalho Filho, M. A., Franco, G. S., & Franco, R. S. (2020). [Medical

- Professionalism and the Social Contract: Reflections on the COVID-19 Pandemic]. *Acta medica portuguesa*, 33(6), 362–364. <https://doi.org/10.20344/amp.13769>
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Fineberg, H., Garcia, P., Ke, Y., Kelley, P., Kistnasamy, B., Meleis, A., Naylor, D., Pablos-Mendez, A., Reddy, S., Scrimshaw, S., Sepulveda, J., Serwadda, D., & Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376(9756), 1923–1958. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)
- Freytag, J., Chu, J., Hysong, S. J., Street, R. L., Markham, C. M., Giordano, T. P., Westbrook, R. A., Njue-Marendes, S., Johnson, S. R., & Dang, B. N. (2022). Acceptability and feasibility of video-based coaching to enhance clinicians' communication skills with patients. *BMC Medical Education*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/S12909-021-02976-2>
- Gaba, D. M. (2004). The future vision of simulation in health care. *Quality & Safety in Health Care*, 13 Suppl 1(Suppl 1), i2–i10. https://doi.org/10.1136/QHC.13.SUPPL_1.I2
- Glicken, A. D., & Merenstein, G. B. (2007). Addressing the hidden curriculum: understanding educator professionalism. *Medical Teacher*, 29(1), 54–57. <https://doi.org/10.1080/01421590601182602>
- Guimarães, B., & Ferreira, M. A. (2020). *Está a Educação Médica em Mudança ? Cinco Desafios para o Futuro Próximo Is Medical Education Changing ? Five Challenges for the Near Future*. 33(6), 365–366.
- Gwee, M. C. E. (2009). Problem-based learning: A strategic learning system design for the education of healthcare professionals in the 21st century. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 25(5), 231–239. [https://doi.org/10.1016/S1607-551X\(09\)70067-1](https://doi.org/10.1016/S1607-551X(09)70067-1)
- Halamek, L. P., Cady, R. A. H., & Sterling, M. R. (2019). Using briefing, simulation and debriefing to improve human and system performance. *Seminars in Perinatology*, 43(8), 151178. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2019.08.007>
- Harden, R. M., & Laidlaw, J. M. (2020). *Essential Skills for a Medical Teacher: An Introduction to Teaching and Learning in Medicine*. Elsevier Health Sciences. <https://books.google.pt/books?id=qPjqDwAAQBAJ>
- Hesketh, E. A., Bagnall, G., Buckley, E. G., Friedman, M., Goodall, E., Harden, R. M., Laidlaw, J. M., Leighton-Beck, L., McKinlay, P., Newton, R., & Oughton, R. (2001). A framework for developing excellence as a clinical educator. *Medical Education*, 35(6), 555–564. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2001.00920.x>

- Hill, F., & Kendall, K. (2007). Adopting and adapting the mini-CEX as an undergraduate assessment and learning tool. *Clinical Teacher*, 4(4), 244–248. <https://doi.org/10.1111/J.1743-498X.2007.00185.X>
- Irby, D. M. (1986). Clinical teaching and the clinical teacher. *Journal of Medical Education*, 61(9 Pt 2), 35–45. <https://doi.org/10.1097/00001888-198609000-00005>
- Jiménez-Saiz, R., & Rosace, D. (2019). Is hybrid-PBL advancing teaching in biomedicine? A systematic review. *BMC Medical Education*, 19(1), 226. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1673-0>
- Lioce L. (Ed.), Lopreiato J. (Founding Ed.), Downing D., Chang T.P., Robertson J.M., Anderson M., Diaz D.A., and Spain A.E. (Assoc. Eds.) and the Terminology and Concepts Working Group (2020), Healthcare Simulation Dictionary –Second Edition. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; September 2020. AHRQ Publication No. 20-0019. DOI: <https://doi.org/10.23970/simulationv2>. Hemond, J. A., Franchek-Roa, K. M., Caplin, D. A., & Hobson, W. L. (2021). Teen Actors Teaching Communication Skills. In *Cureus* (Vol. 13, Issue 11, p. e19515). <https://doi.org/10.7759/cureus.19515>
- MacDonald-Wicks, L., & Levett-Jones, T. (2012). Effective teaching of communication to health professional undergraduate and postgraduate students: A Systematic Review. *JBIS Library of Systematic Reviews*, 10(28), 1–12. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2012-327>
- MacLean, S., Kelly, M., Geddes, F., & Della, P. (2017). Use of simulated patients to develop communication skills in nursing education: An integrative review. *Nurse Education Today*, 48, 90–98. <https://doi.org/10.1016/J.NEDT.2016.09.018>
- Marin, M. J. S., Lima, E. F. G., Paviotti, A. B., Matsuyama, D. T., Silva, L. K. D. da, Gonzalez, C., Druzian, S., & Ilias, M. (2010). Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das metodologias ativas de aprendizagem. *Rev. Bras. Edu. Med*, 34(1), 13–20. <https://doi.org/10.1590/s0100-55022010000100003>
- Mesquita, A. R., Lyra, D. P., Brito, G. C., Balisa-Rocha, B. J., Aguiar, P. M., & de Almeida Neto, A. C. (2010). Developing communication skills in pharmacy: a systematic review of the use of simulated patient methods. *Patient Education and Counseling*, 78(2), 143–148. <https://doi.org/10.1016/J.PEC.2009.07.012>
- Murray, E., Gruppen, L., Catton, P., Hays, R., & Woolliscroft, J. (2000). The accountability of clinical education: its definition and assessment. *Medical Education*, 34, 871–879. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2000.00757.x>
- Norcini, J. J., Blank, L. L., Duffy, F. D., & Fortna, G. S. (2003). The mini-CEX: a method

- for assessing clinical skills. *Annals of Internal Medicine*, 138(6), 476–481. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-138-6-200303180-00012>
- Nutbeam, D., & Kickbusch, I. (1998). Health Promotion Glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349–364. <https://doi.org/10.1093/HEAPRO/13.4.349>
- Passi, V., Johnson, S., Peile, E., Wright, S., Hafferty, F., & Johnson, N. (2013). Doctor role modelling in medical education: BEME Guide No. 27. *Medical Teacher*, 35(9). <https://doi.org/10.3109/0142159X.2013.806982>
- Pollard, N., Lincoln, M., Nisbet, G., & Penman, M. (2019). Patient perceptions of communication with diagnostic radiographers. *Radiography (London, England : 1995)*, 25(4), 333–338. <https://doi.org/10.1016/J.RADI.2019.04.002>
- RA Mini CEX Assessment Tool | RANZCR. (2014). Retrieved January 6, 2022, from <https://www.ranzcr.com/college/document-library/ra-mini-cex-assessment-tool>
- Ramos, V. R., & Renovato, R. D. (2020). Construção de uma Tecnologia Digital para o Ensino de Farmacologia para Estudantes de um Curso Técnico em Enfermagem. *Anais Do CIET:EnPED:2020 - (Congresso Internacional de Educação e Tecnologias | Encontro de Pesquisadores Em Educação a Distância); CIET:EnPED:2020 - Eixo Temático 1 - Ensino e Aprendizagem Por Meio de/Para o Uso de TDIC*. <https://cietenped.ufscar.br/submissao/index.php/2020/article/view/1060>
- Rosen, K. R. (2008). The history of medical simulation. *Journal of Critical Care*, 23(2), 157–166. <https://doi.org/10.1016/J.JCRC.2007.12.004>
- Salam, T., Collins, M., & Baker, A. M. (2012). All the World's a Stage: Integrating Theater and Medicine for Interprofessional Team Building in Physician and Nurse Residency Programs. *The Ochsner Journal*, 12(4), 359. [/pmc/articles/PMC3527865/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23527865/)
- Sarfati, L., Ranchon, F., Vantard, N., Schwiertz, V., Larbre, V., Parat, S., Faudel, A., & Rioufol, C. (2019). Human-simulation-based learning to prevent medication error: A systematic review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 25(1), 11–20. <https://doi.org/10.1111/jep.12883>
- Schultz, K. K., & Marks, A. (2007). Community-Based Collaboration with High School Theater Students as Standardized Patients. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 71(2). <https://doi.org/10.5688/AJ710229>
- Shiner, N., & Howard, M. L. (2019). The use of simulation and moulage in undergraduate diagnostic radiography education: A burns scenario. *Radiography (London, England : 1995)*, 25(3), 194–201. <https://doi.org/10.1016/J.RADI.2018.12.015>
- Silva, J. M. (2013). Educação médica e profissionalismo. *Acta Medica Portuguesa*, 26(4), 420–427.

- Sørensen, J. L., Østergaard, D., LeBlanc, V., Ottesen, B., Konge, L., Dieckmann, P., & Van der Vleuten, C. (2017). Design of simulation-based medical education and advantages and disadvantages of in situ simulation versus off-site simulation. *BMC Medical Education*, 17(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/S12909-016-0838-3>
- SPSim (2022). *SPSim – Sociedade Portuguesa de Simulação Aplicada às Ciências da Saúde*. (n.d.). Retrieved May 22, 2022, from <https://spsim.pt/>
- Standards Committee, I. (2016). Standards of Best Practice: Simulation INACSL Standards of Best Practice: Simulation SM Debriefing INACSL Standards Committee. *Clinical Simulation in Nursing*, 12, S21–S25. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2016.09.008>
- Stigler, F. L., Duvivier, R. J., Weggemans, M., & Salzer, H. J. (2010). Health professionals for the 21st century: A students' view. *The Lancet*, 376(9756), 1877–1878. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61968-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61968-X)
- Takeuchi, Y. L., Bonvin, R., & Ambresin, A. E. (2021). “Demystifying” the encounter with adolescent patients: a qualitative study on medical students' experiences and perspectives during training with adolescent simulated patients. *Medical Education Online*, 26(1). <https://doi.org/10.1080/10872981.2021.1979445>
- Taylor, A., Bleiker, J., & Hodgson, D. (2021). Compassionate communication: Keeping patients at the heart of practice in an advancing radiographic workforce. *Radiography (London, England : 1995)*, 27 Suppl 1, S43–S49. <https://doi.org/10.1016/J.RADI.2021.07.014>
- Teixeira, José (2004). Repositório do ISPA: Comunicação em saúde: Relação Técnicos de Saúde – Utentes. Retrieved April 10, 2022, from <https://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/229>
- The Comprehensive Textbook of Healthcare Simulation. (2013). *The Comprehensive Textbook of Healthcare Simulation*. <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-5993-4>
- Trindade, R., & Cosme, A. (2017). Instruir, aprender ou comunicar: Reflexão sobre os fundamentos das opções pedagógicas perspetivadas a partir do ato de ensinar. *Revista Diálogo Educacional*, 16(50), 1031. <https://doi.org/10.7213/1981-416X.16.050.AO01>
- Vaz de Almeida, C. (2019). Modelo de Comunicação em Saúde ACP: As Competências de Comunicação no Cerne de uma Literacia em Saúde Transversal, Holística e Prática. Retrieved April 10, 2022, from <https://www.researchgate.net/publication/353446118>
- Vaz de Almeida, C. (2020). *Literacia em Saúde Contributos para a Mudança de Comportamento*.
- WHO (2010). *A WHO report: framework for action on interprofessional education and collaborative practice* - PubMed. Retrieved December 29, 2020, from

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21174039/>

Zorn, C., Dillenseger, J. P., Bauer, E., Moerschel, E., Bachmann, B., Buissink, C., & Jamault, B. (2019). Motivation of student radiographers in learning situations based on role-play simulation: A multicentric approach involving trainers and students. *Radiography*, 25(1), e18–e25. <https://doi.org/10.1016/J.RADI.2018.09.002>

Anexos

Anexo I

Sexo				
Amostra	Sexo	Frequência	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Imagem Médica e Radioterapia	Masculino	6	27,3	27,3
	Feminino	16	72,7	100,0
	Total	22	100,0	100,0
Teatro e Educação	Masculino	4	18,2	18,2
	Feminino	18	81,8	100,0
	Total	22	100,0	100,0

Tabela 1 – Estatística descritiva do variável sexo para a amostra de Imagem Médica e Radioterapia e amostra de Teatro e Educação

Idade							
Amostra	N	Intervalo	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Variância
Imagem Médica e Radioterapia	22	5,00	19,00	24,00	19,95	1,53	2,33
Teatro e Educação	22	8,00	18,00	26,00	20,09	2,47	6,09

Tabela 2 – Estatística descritiva da variável idade para a amostra de Imagem Médica e Radioterapia e amostra de Teatro e Educação

Anexo II

Entrevista Inicial - Participantes de Teatro e Educação

Questões:

- 1- Acredita que este estudo irá facilitar o seu ensino-aprendizagem em Teatro e Educação? De que modo?
- 2- Em que medida este trabalho lhe despertou interesse?
- 3- O que entende por doentes padrão em simulação?
- 4- Se lhe pedisse neste momento para representar/ improvisar o papel de um utente em contexto hospitalar quão à vontade se sentia? Acredita que seria benéfico proceder a uma pesquisa prévia para alcançar os objetivos da representação/improvisação?
- 5- Relativamente à caracterização psicológica da personagem, que sentimentos, ou estados de espírito considera mais frequentes nos utentes em contexto hospitalar?
- 6- A nível de caracterização física da personagem, que métodos ou técnicas conhece para constituição do figurino de um utente em ambiente hospitalar?
- 7- Que registo e que relação considera que irá ser estabelecida entre o técnico de Imagem Médica e Radioterapia e o doente padrão?
- 8- Conseguiria neste momento planear uma sessão de simulação clínica? A nível da elaboração dos guiões, da preparação do espaço físico e da produção dos contextos clínicos sociais e psicológicos das personagens para que outros atores as pudessem representar?
- 9- Quais as suas expectativas em relação à sua participação no estudo?
- 10- Quais são para si as principais orientações do mundo concreto para produzir uma situação fictícia?

Anexo III

Entrevista Inicial – Participantes de Imagem Médica e Radioterapia

Questões:

- 1- O que entende por simulação com doentes padrão?
- 2- Acredita que este estudo irá facilitar o seu ensino-aprendizagem em Imagem Médica e Radioterapia? De que modo?
- 3- Em que medida este trabalho lhe despertou interesse?
- 4- Se lhe pedisse neste momento para realizar um exame de ecografia abdominal (dos que já aprendeu) a um doente aleatório quão à vontade se sentia?
- 5- Quais são para si as cinco principais competências de um técnico licenciado em IMR?
- 6- Se fosse o utente num serviço de saúde, quais as principais competências que acha importantes num técnico licenciado em IMR?
- 7- Sente que para si é fácil estabelecer uma relação de empatia com os utentes?
- 8- Consegue elencar as etapas/procedimentos de realização de um exame imagiológico, por exemplo, uma ecografia abdominal ao fígado?
- 9- Sente que em algum momento da sua vida profissional a sua profissão deixará de o desafiar?
- 10- Quais as suas expectativas em relação à sua participação no estudo?

Anexo IV

Entrevista Final - Participantes de Teatro e Educação

Questões:

- 1- O estudo facilitou o seu ensino-aprendizagem em Teatro e Educação? De que forma?
- 2- Quão à vontade se sente para representar doentes padrão em simulações práticas?
- 3- Sente que o estudo influenciou a sua representação futura de personagens em ambiente hospitalar? De que modo?
- 4- Como classifica o realismo e autenticidade das simulações realizadas?
- 5- A nível da caracterização física da personagem e do espaço, que métodos ou técnicas sugere para tornar mais realista a simulação?
- 6- Conseguiria neste momento planear uma sessão de simulação prática? (Conceber as personagens, treinar os doentes padrão, adequar psicologicamente e fisicamente o DP, preparar o espaço físico,...)
- 7- Sente que este estudo poderia ser mais orientado para o ensino de Teatro e Educação? De que modo?
- 8- Considera que este método de ensino deveria estar presente no plano curricular do curso de Teatro e Educação?
- 9- Qual a sua abertura em participar num estudo idêntico que envolvesse representação/improvisação de doentes padrão para simulações práticas?
- 10- Quais são para si as principais orientações do mundo concreto para produzir uma situação fictícia?
- 11- Qual a sua opinião sobre o estudo desenvolvido?
- 12- Recomendaria este estudo a futuros colegas do curso de Teatro e Educação? Porquê?

Anexo V

Entrevista Final – Participantes de Imagem Médica e Radioterapia

Questões:

- 1- O que entende por Simulação com doentes padrão?
- 2- Acredita que este estudo facilitou o seu ensino-aprendizagem em Imagem Médica e Radioterapia? De que modo?
- 3- Se lhe pedisse neste momento para realizar um exame de ecografia abdominal (dos que já aprendeu) a um doente aleatório quão à vontade se sentia?
- 4- Quais são para si as cinco principais competências de um técnico licenciado em IMR?
- 5- Se fosse o utente num serviço de saúde, quais as principais competências que acha importantes num técnico licenciado em IMR?
- 6- Sente que para si é fácil estabelecer uma relação de empatia com os utentes?
- 7- Consegue elencar as etapas/procedimentos de realização de um exame imagiológico, por exemplo, uma ecografia abdominal ao fígado?
- 8- Sente que em algum momento da tua vida profissional a sua profissão deixará de o desafiar?
- 9- Como avalia o seu desempenho, a nível de competências de comunicação em saúde, da primeira para a última simulação prática?
- 10- As suas expectativas foram cumpridas em relação à sua participação no estudo?
- 11- Qual a sua opinião geral sobre a participação no estudo?
- 12- Recomendaria a participação neste estudo a futuros colegas de curso? Porquê?

DESCRIPTORS OF COMPETENCIES ASSESSED DURING THE MINI-CEX

1. **Medical Interviewing Skills:** Facilitates patient's telling of story; effectively uses questions/directions to obtain accurate, adequate information needed; responds appropriately to affect, non-verbal cues; identifies and explores the patient's issues and concerns within the scope of a focused consultation
2. **Physical Examination Skills:** Follows efficient, logical sequence; balances screening/diagnostic steps for problem; informs patient; sensitive to patient's comfort, modesty.
3. **Professionalism/Humanistic Qualities:** Shows respect, compassion, empathy, establishes trust, attends to patient's needs of comfort, confidentiality, modesty.
4. **Counselling Skills:** Explains rationale for test/treatment, obtains patient's consent, educates/counsels regarding management. Where appropriate explains the natural history of the cancer including prognosis and treatment options.
5. **Clinical Judgement:** Selectively orders/performs appropriate diagnostic studies, considers risks, benefits; interprets clinical investigations and synthesise these with patient history and symptoms; justifies treatment recommendations, based on current evidence, multidisciplinary advice and relevant patient-related factors.
6. **Organization/Efficiency:** Prioritises; is timely, succinct.
7. **Overall Clinical Competence:** Demonstrates judgment, synthesis, caring, effectiveness, efficiency.

Adapted from ABIM mini-CEX, Norcini JJ et al, 2003

Anexo VII

Contexto Clínico de Doente Padrão – Simulação Prática I

Nome da personagem	Constança da Piedade Lopes
Data de nascimento	25/03/1994
Exame a ser realizado	Ecografia Abdominal
Indicação Clínica	Exame de rotina para estudo dos grandes vasos sanguíneos abdominais.
Hora do exame	09:00

Notas:

- Nervosismo ligeiro;
- Ansiedade moderada;
- Não tem dor, foi ao médico de família que lhe pediu para ir realizar um exame de rotina ao abdómen.

Questões e afirmações a colocar ao Técnico de Radiologia:

- 1- (ANTES DE COMEÇAR O EXAME): “Este exame de ecografia abdominal envolve radiação? Faz mal à saúde?”.
- 2- (A MEIO DO EXAME): “Como está a correr o exame? Vi na internet que se descobrem muitas lesões graves nas ecografias?”
- 3- (NO FINAL DO EXAME): “Tenho medo destes exames, na minha família já houve muitos casos de lesões nesta região do corpo”.

Local: Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, sala de ecografia

Contexto Clínico de Doente Padrão – Simulação Prática I

Nome da personagem	Maria Francisca Ricardo Vilaverde
Data de nascimento	05/05/1998
Exame a ser realizado	Ecografia Abdominal
Indicação Clínica	Exame de rotina para estudo dos rins.
Hora do exame	09:15

Notas:

- Nervosismo ligeiro;
- Ansiedade moderada;
- Não tem dor, foi ao médico de família que lhe pediu para ir realizar um exame de rotina ao abdómen.

Questões e afirmações a colocar ao Técnico de Radiologia:

- 1- (ANTES DE COMEÇAR O EXAME): “Este exame de ecografia abdominal envolve radiação? Faz mal à saúde?”.
- 2- (A MEIO DO EXAME): “Como está a correr o exame? Vi na internet que se descobrem muitas lesões graves nas ecografias?”
- 3- (NO FINAL DO EXAME): “Tenho medo destes exames, na minha família já houve muitos casos de lesões nesta região do corpo”.

Local: Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, sala de ecografia

Contexto Clínico de Doente Padrão – Simulação Prática I

Nome da personagem:	Laura Colaço Silva
Data de nascimento	16/02/1996
Exame a ser realizado	Ecografia Abdominal
Indicação Clínica	Exame de rotina para estudo do Fígado.
Hora do exame	09:30

Notas:

- Nervosismo ligeiro;
- Ansiedade moderada;
- Não tem dor, foi ao médico de família que lhe pediu para ir realizar um exame de rotina ao abdómen.

Questões e afirmações a colocar ao Técnico de Radiologia:

- 1- (ANTES DE COMEÇAR O EXAME): “Este exame de ecografia abdominal envolve radiação? Faz mal à saúde?”.
- 2- (A MEIO DO EXAME): “Como está a correr o exame? Vi na internet que se descobrem muitas lesões graves nas ecografias?”
- 3- (NO FINAL DO EXAME): “Tenho medo destes exames, na minha família já houve muitos casos de lesões nesta região do corpo”.

Local: Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, sala de ecografia

Anexo VIII

Este documento serve apenas para a realização das sessões de simulação prática do estudo “Simulação Colaborativa: Promoção de um Ensino Sustentável em Competências de Comunicação em Saúde”, não se tratando de um documento com dados reais.



Requisição Clínica de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT)

Dados do Utente

Número de Utente	1494385532
Nome	Constança da Piedade Lopes
Data de nascimento	25 – 03- 1994
Subsistema de Saúde	ADSE
Nº de Beneficiário	229456238
Local	Coimbra - Portugal

Prescritor

Nome	Alfredo Costa Silva
Cédula Profissional	M-15997
Especialidade	Med Geral Familiar
SNS	N/A
Entidade	N/A

MCTD - Imagiologia

Radiografia	
Ecografia	X
Tomografia Computurizada	
Ressonância Magnética	
Estudo Radiográfico Digestivo	

Notas

Ecografia Abdominal

Indicação Clínica

Exame de rotina por antecedentes familiares. Estudo dos grandes vasos sanguíneos abdominais

Vinheta	Vinheta	Vinheta	Rubrica
---------	---------	---------	---------

Nomenclatura:	Quantidade Prescrita	Código	Quantidade prestada	Preço
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Médico Prescritor	Total
___/___/___ Assinatura:	
Declaração do Utente	
___/___/___ Assinatura:	

Este documento serve apenas para a realização das sessões de simulação prática do estudo "Simulação Colaborativa: Promoção de um Ensino Sustentável em Competências de Comunicação em Saúde", não se tratando de um documento com dados reais.



Requisição Clínica de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT)

Dados do Utente

Número de Utente	1494385532
Nome	Maria Francisca Ricardo Vilaverde
Data de nascimento	05 – 05- 1998
Subsistema de Saúde	ADSE
Nº de Beneficiário	229456238
Local	Coimbra - Portugal

Prescritor

Nome	Alfredo Costa Silva
Cédula Profissional	M-15997
Especialidade	M.Geral Familiar
SNS	N/A
Entidade	N/A

MCTD - Imagiologia

Radiografia	
Ecografia	X
Tomografia Computurizada	
Ressonância Magnética	
Estudo Radiográfico Digestivo	

Notas

Ecografia Abdominal

Indicação Clínica

Exame de rotina por antecedentes familiares. Estudo Renal.

Vinheta	Vinheta	Vinheta	Rubrica
---------	---------	---------	---------

Nomenclatura:	Quantidade Prescrita	Código	Quantidade prestada	Preço
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Médico Prescritor
___/___/___ Assinatura:
Declaração do Utente
___/___/___ Assinatura:

Total

Este documento serve apenas para a realização das sessões de simulação prática do estudo “Simulação Colaborativa: Promoção de um Ensino Sustentável em Competências de Comunicação em Saúde”, não se tratando de um documento com dados reais.



Requisição Clínica de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT)

Dados do Utente

Número de Utente	1494385532
Nome	Laura Colaço Silva
Data de nascimento	16 - 02- 1996
Subsistema de Saúde	ADSE
Nº de Beneficiário	229456238
Local	Coimbra - Portugal

Prescritor

Nome	Alfredo Costa Silva
Cédula Profissional	M-15997
Especialidade	Med Geral Familiar
SNS	N/A
Entidade	N/A

MCTD - Imagiologia

Radiografia	
Ecografia	X
Tomografia Computurizada	
Ressonância Magnética	
Estudo Radiográfico Digestivo	

Notas

Ecografia Abdominal

Indicação Clínica

Exame de rotina por antecedentes familiares. Estudo hepático.

Vinheta	Vinheta	Vinheta	Rubrica
---------	---------	---------	---------

Nomenclatura:	Quantidade Prescrita	Código	Quantidade prestada	Preço
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Médico Prescritor

___/___/___ Assinatura:

Declaração do Utente

___/___/___ Assinatura:

Total

Anexo IX

Contexto Clínico de Doente Padrão – Simulação Prática II

Nome da personagem:	Isabel da Cunha Andrade
Data de nascimento	03/10/1994
Exame a ser realizado	Ecografia
Indicação Clínica	Exame de rotina para estudo da articulação do ombro direito
Hora do exame	09:00

Notas:

- - Doente Invisual (perda da visão);
- Dores no ombro direito;
 - Dificuldade nos movimentos de elevação do braço direito;
 - Ausência de traumatismo (queda, embate ou choque);
 - Persistência da dor nos últimos 5 dias consecutivos.

Local: Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, sala de ecografia

Contexto Clínico de Doente Padrão – Simulação Prática II

Nome da personagem:	Laura Silva
Data de nascimento	27/07/1997
Exame a ser realizado	Ecografia
Indicação Clínica	Exame de rotina para estudo da articulação do ombro direito
Hora do exame	09:15

Notas:

- - Doente com afonia total (perda da voz);
- Dores no ombro direito;
 - Dificuldade nos movimentos de elevação do braço direito;
 - Ausência de traumatismo (queda, embate ou choque);
 - Persistência da dor nos últimos 5 dias consecutivos.

Local: Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, sala de ecografia

Contexto Clínico de Doente Padrão – Simulação Prática II

Nome da personagem:	Ana Cristina da Silva Janeiro
Data de nascimento	10/03/1995
Exame a ser realizado	Ecografia
Indicação Clínica	Exame de rotina para estudo da articulação do ombro direito
Hora do exame	09:30

Notas:

- - Doente com paraplegia dos membros inferiores (uso de cadeira de rodas);
- Dores no ombro direito;
 - Dificuldade nos movimentos de elevação do braço direito;
 - Ausência de traumatismo (queda, embate ou choque);
 - Persistência da dor nos últimos 5 dias consecutivos.

Local: Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, sala de ecografia

Contexto Clínico de Doente Padrão – Simulação Prática II

Nome da personagem:	Ana Isabel Silva Cristo
Data de nascimento	23/04/1996
Exame a ser realizado	Ecografia
Indicação Clínica	Exame de rotina para estudo da articulação do ombro direito
Hora do exame	09:45

Notas:

- - Doente com Hipoacusia grave (perda auditiva);
- Dores no ombro direito;
- Dificuldade nos movimentos de elevação do braço direito;
- Ausência de traumatismo (queda, embate ou choque);
- Persistência da dor nos últimos 5 dias consecutivos.

Local: Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, sala de ecografia

Contexto Clínico de Doente Padrão – Simulação Prática II

Nome da personagem:	Núria Pereira Dias
Data de nascimento	19/03/1996
Exame a ser realizado	Ecografia
Indicação Clínica	Exame de rotina para estudo da articulação do ombro direito
Hora do exame	10:00

Notas:

→ - Doente com Síndrome Vertiginoso (dificuldade em andar, tonturas, sensação de “balançar”);

- Dores no ombro direito;
- Dificuldade nos movimentos de elevação do braço direito;
- Ausência de traumatismo (queda, embate ou choque);
- Persistência da dor nos últimos 5 dias consecutivos.

Local: Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, sala de ecografia

Anexo X

Este documento serve apenas para a realização das sessões de simulação prática do estudo "Simulação Colaborativa: Promoção de um Ensino Sustentável em Competências de Comunicação em Saúde", não se tratando de um documento com dados reais.



Requisição Clínica de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT)

Dados do Utente

Número de Utente	1494385532
Nome	Isabel da Cunha Andrade
Data de nascimento	03 – 10- 1994
Subsistema de Saúde	ADSE
Nº de Beneficiário	229456238
Local	Coimbra - Portugal

Prescritor

Nome	Alfredo Costa Silva
Cédula Profissional	M-15997
Especialidade	M.Geral Familiar
SNS	N/A
Entidade	N/A

MCTD - Imagiologia

Radiografia	
Ecografia	X
Tomografia Computorizada	
Ressonância Magnética	
Estudo Radiográfico Digestivo	

Notas

Ecografia Ombro Direito

Indicação Clínica

Exame de rotina para estudo da articulação acromioclavicular direita. Rutura do ligamento transversos? (estudo dinâmico da goteira bicipital direita)



Doente Invisível.

Vinheta

Vinheta

Vinheta

Rubrica

Nomenclatura:	Quantidade Prescrita	Código	Quantidade prestada	Preço
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Médico Prescritor

___/___/___ Assinatura:

Declaração do Utente

___/___/___ Assinatura:

Total

Este documento serve apenas para a realização das sessões de simulação prática do estudo "Simulação Colaborativa: Promoção de um Ensino Sustentável em Competências de Comunicação em Saúde", não se tratando de um documento com dados reais.

Requisição Clínica de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT)

Dados do Utente		Prescritor	
Número de Utente	1494385532	Nome	Alfredo Costa Silva
Nome	Laura Silva	Cédula Profissional	M-15997
Data de nascimento	27 – 07- 1997	Especialidade	M.Geral e Familiar
Subsistema de Saúde	ADSE	SNS	N/A
Nº de Beneficiário	229456238	Entidade	N/A
Local	Coimbra - Portugal		

MCTD - Imagiologia		Notas
Radiografia	☐	Ecografia Ombro Direito
Ecografia	☒	
Tomografia Computorizada	☐	
Ressonância Magnética	☐	
Estudo Radiográfico Digestivo	☐	

Indicação Clínica
Exame de rotina para estudo da articulação acromioclavicular direita. Rutura do ligamento transversos? (estudo dinâmico da goteira bicipital direita)
Doente com afonia total.

Vinheta	Vinheta	Vinheta	Rubrica
---------	---------	---------	---------

Nomenclatura:	Quantidade Prescrita	Código	Quantidade prestada	Preço
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Médico Prescritor		Total
___/___/___ Assinatura:		
Declaração do Utente		
___/___/___	Assinatura:	

Este documento serve apenas para a realização das sessões de simulação prática do estudo “Simulação Colaborativa: Promoção de um Ensino Sustentável em Competências de Comunicação em Saúde”, não se tratando de um documento com dados reais.



Requisição Clínica de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT)

Dados do Utente

Número de Utente	1494385532
Nome	Ana Cristina da Silva Janeiro
Data de nascimento	10 – 03- 1995
Subsistema de Saúde	ADSE
Nº de Beneficiário	229456238
Local	Coimbra - Portugal

Prescritor

Nome	Alfredo Costa Silva
Cédula Profissional	M-15997
Especialidade	M.Geral e Familiar
SNS	N/A
Entidade	N/A

MCTD - Imagiologia

Radiografia	
Ecografia	x
Tomografia Computorizada	
Ressonância Magnética	
Estudo Radiográfico Digestivo	

Notas

Ecografia Ombro Direito

Indicação Clínica

Exame de rotina para estudo da articulação acromioclavicular direita. Rutura do ligamento transversa? (estudo dinâmico da goteira bicipital direita)
Doente com paraplegia dos membros inferiores.

Vinheta	Vinheta	Vinheta	Rubrica
---------	---------	---------	---------

Nomenclatura:	Quantidade Prescrita	Código	Quantidade prestada	Preço
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Médico Prescritor
___/___/___ Assinatura:
Declaração do Utente
___/___/___ Assinatura:

Total

Este documento serve apenas para a realização das sessões de simulação prática do estudo "Simulação Colaborativa: Promoção de um Ensino Sustentável em Competências de Comunicação em Saúde", não se tratando de um documento com dados reais.



Requisição Clínica de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT)

Dados do Utente

Número de Utente	1494385532
Nome	Ana Isabel Silva Cristo
Data de nascimento	23 – 04- 1996
Subsistema de Saúde	ADSE
Nº de Beneficiário	229456238
Local	Coimbra - Portugal

Prescritor

Nome	Alfredo Costa Silva
Cédula	M-15997
Profissional	
Especialidade	M.Geral e Familiar
SNS	N/A
Entidade	N/A

MCTD - Imagiologia

Radiografia	
Ecografia	x
Tomografia Computorizada	
Ressonância Magnética	
Estudo Radiográfico Digestivo	

Notas

Ecografia Ombro Direito

Indicação Clínica

Exame de rotina para estudo da articulação acromioclavicular direita. Rutura do ligamento transversos? (estudo dinâmico da goteira bicipital direita)
Doente com hipoacusia grave.



Vinheta	Vinheta	Vinheta	Rubrica
---------	---------	---------	---------

Nomenclatura:	Quantidade Prescrita	Código	Quantidade prestada	Preço
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Médico Prescritor
___/___/___ Assinatura:
Declaração do Utente
___/___/___ Assinatura:

Total

Este documento serve apenas para a realização das sessões de simulação prática do estudo “Simulação Colaborativa: Promoção de um Ensino Sustentável em Competências de Comunicação em Saúde”, não se tratando de um documento com dados reais.



Requisição Clínica de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT)

Dados do Utente

Número de Utente	1494385532
Nome	Núria Pereira Dias
Data de nascimento	19 – 03- 1996
Subsistema de Saúde	ADSE
Nº de Beneficiário	229456238
Local	Coimbra - Portugal

Prescritor

Nome	Alfredo Costa Silva
Cédula Profissional	M-15997
Especialidade	M.Geral e Familiar
SNS	N/A
Entidade	N/A

MCTD - Imagiologia

Radiografia	
Ecografia	X
Tomografia Computorizada	
Ressonância Magnética	
Estudo Radiográfico Digestivo	

Notas

Ecografia Ombro Direito

Indicação Clínica

Exame de rotina para estudo da articulação acromioclavicular direita. Rutura do ligamento transversos? (estudo dinâmico da goteira bicipital direita)
Doente com síndrome vertiginosa.



Vinheta	Vinheta	Vinheta	Rubrica
---------	---------	---------	---------

Nomenclatura:	Quantidade Prescrita	Código	Quantidade prestada	Preço
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Médico Prescritor

___/___/___ Assinatura:

Declaração do Utente

___/___/___ Assinatura:

Total

--

Anexo XI

Contexto Clínico de Doente Padrão – Simulação Prática III

Nome da personagem:	Tiago Filipe Rodrigues
Data de nascimento	15/02/1945
Exame a ser realizado	Ecografia
Indicação Clínica	Exame de rotina para estudo da articulação do punho direito
Hora do exame	09:00

Faixa etária – Idoso:

- Dificuldade auditiva, Necessidade de atenção, Dificuldade motora;

Notas clínicas:

- Formigueiro nos dedos (pequenos períodos de dormência);
- Dificuldade em segurar objetos;
- Ligeiro inchaço da mão direita e dedos;
- Dor no punho direito mais acentuada à noite;

Sentimentos:

- Medo – Exemplo: “Sou uma pessoa que já sofreu tanto na vida..., não me façam sofrer mais...”

- Isolamento social - Exemplo: “Vivo sozinho na minha aldeia, já não vinha à cidade à muitos anos, está tudo tão diferente”; “você é tão jovem, já tenho netos da sua idade”.

- Episódios relacionados com as notas clínicas. (“Esta minha mão é que já não é o que era, e eu que preciso tanto dela para a minha vida”; “ultimamente deixo cair tudo no chão, os meus filhos até andam a falar em eu ir para um lar”; “eu preciso das mãos para cuidar dos meus netos”)

Local: Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, sala de ecografia

Anexo XII

Este documento serve apenas para a realização das sessões de simulação prática do estudo "Simulação Colaborativa: Promoção de um Ensino Sustentável em Competências de Comunicação em Saúde", não se tratando de um documento com dados reais.



Requisição Clínica de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT)

Dados do Utente

Número de Utente	1494385532
Nome	Tiago Filipe Rodrigues
Data de nascimento	15 – 02- 1945
Subsistema de Saúde	ADSE
Nº de Beneficiário	229456238
Local	Coimbra - Portugal

Prescritor

Nome	Alfredo Costa Silva
Cédula Profissional	M-15997
Especialidade	M.Geral Familiar
SNS	N/A
Entidade	N/A

MCTD - Imagiologia

Radiografia	
Ecografia	X
Tomografia Computorizada	
Ressonância Magnética	
Estudo Radiográfico Digestivo	

Notas

Ecografia punho

Indicação Clínica

Estudo da articulação do punho direito. Síndrome do tunel cárpico?

Vinheta	Vinheta	Vinheta	Rubrica
---------	---------	---------	---------

Nomenclatura:	Quantidade Prescrita	Código	Quantidade prestada	Preço
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Médico Prescritor	Total
___/___/___ Assinatura:	
Declaração do Utente	
___/___/___ Assinatura:	

Anexo XIII

Testes de Normalidade <i>Kolmogorov - Smirnov</i>			
	Est.	gl	p-value
Acolhimento Técnico SP1	0,236	88	0,00
Execução e Dinamismo SP1	0,220	88	0,00
Qualidades Humanas e Profissionalismo SP1	0,360	88	0,00
Orientação Técnica SP1	0,236	88	0,00
Reflexão Técnica SP1	0,226	88	0,00
Organização e Eficiência SP1	0,250	88	0,00
Competência Gerais SP1	0,238	88	0,00
Acolhimento Técnico SP2	0,327	88	0,00
Execução e Dinamismo SP2	0,205	88	0,00
Qualidades Humanas e Profissionalismo SP2	0,240	88	0,00
Orientação Técnica SP2	0,243	88	0,00
Reflexão Técnica SP2	0,303	88	0,00
Organização e Eficiência SP2	0,243	88	0,00
Competência Gerais SP2	0,245	88	0,00
Acolhimento Técnico SP3	0,203	88	0,00
Execução e Dinamismo SP3	0,227	88	0,00
Qualidades Humanas e Profissionalismo SP3	0,233	88	0,00
Orientação Técnica SP3	0,136	88	0,00
Reflexão Técnica SP3	0,192	88	0,00
Organização e Eficiência SP3	0,206	88	0,00
Competência Gerais SP3	0,204	88	0,00

Tabela 1 – Resultados do Teste de normalidade *Kolmogorov - Smirnov*

Anexo XIV

Anova de <i>Friedman</i>			
CCS	Q ²	gl	p-value
Acolhimento Técnico	88,06	2	<0,001
Execução e Dinamismo	95,77	2	<0,001
Qualidades Humanas e Profissionalismo	76,49	2	<0,001
Orientação Técnica	76,82	2	<0,001
Reflexão Técnica	20,07	2	<0,001
Organização e Eficiência	63,44	2	<0,001
Competências Gerais	33,54	2	<0,001
Q ² : Qui-Quadrado de Friedman; gl: Graus de liberdade; p-value: valor probablistico			

Tabela 1 – Resultados do teste estatístico ANOVA de *Friedman*

Competências de Comunicação em Saúde por Simulação Prática (SP)				
	N	Média	Mínimo	Máximo
Acolhimento Técnico SP1	88	5,52	3	7
Execução e Dinamismo Técnico SP1	88	5,18	3	7
Qualidades Humanas e Profissionalismo SP1	88	5,80	4	7
Orientação Técnica SP1	88	4,25	2	7
Reflexão Técnica SP1	88	5,24	4	7
Organização e Eficiência Técnica SP1	88	5,27	3	7
Competência Gerais SP1	88	5,40	3	8
Acolhimento Técnico SP2	88	5,69	2	8
Execução e Dinamismo Técnico SP2	88	5,41	2	8
Qualidades Humanas e Profissionalismo SP2	88	5,91	3	8
Orientação Técnica SP2	88	4,56	2	7
Reflexão Técnica SP2	88	5,50	3	7
Organização e Eficiência Técnica SP2	88	5,36	3	7
Competência Gerais SP2	88	5,59	3	8
Acolhimento Técnico SP3	88	6,92	4	9
Execução e Dinamismo Técnico SP3	88	6,89	5	8
Qualidades Humanas e Profissionalismo SP3	88	7,01	5	9
Orientação Técnica SP3	88	5,77	3	9
Reflexão Técnica SP3	88	5,90	4	8
Organização e Eficiência Técnica SP3	88	6,20	4	8
Competência Gerais SP3	88	6,19	5	9

Tabela 2 - Estatística Descritiva das Competências de Comunicação em Saúde de cada Simulação Prática