

Ensino mediado por técnicas de simulação e treinamento de habilidades de comunicação na área da saúde

Simulation based on learning and communication skills techniques in health area

Maria do Carmo Barros de Melo¹, Ana Maria Pueyo Blasco de Magalhães², Nara Lucia de Carvalho Silva³, Priscila Menezes Ferri Liu⁴, Levi Costa Cerqueira Filho⁵, Monalisa Maria Gresta⁶, Alaneir de Fátima dos Santos⁷

RESUMO

O ensino baseado em simulação e o treinamento em habilidades de comunicação têm sido implementados em diversas áreas da saúde, mas ainda é necessário que os conceitos sejam divulgados para que a utilização seja ampliada e bem sucedida. Este artigo objetiva introduzir conceitos novos desses temas e, ao mesmo tempo, estimular a reflexão sobre seu uso para formação, capacitação e atualização profissional. Os cenários devem ser próximos do real, permitindo a vivência que consiga fazer com que o profissional reflita sobre a prática desenvolvida e ao mesmo tempo consiga elaborar o aprendizado de forma efetiva. A simulação *in situ* é a alternativa que permite o treinamento no local de trabalho, poupando recursos financeiros com a criação de ambientes e ao mesmo tempo propiciando interação realística com o cenário de atuação profissional. O professor/facilitador deve saber conduzir o caso-cenário, identificando os momentos especiais a serem comentados e, ao final da prática, utilizar a técnica de *debriefing*, seguindo as três etapas preconizadas (descritiva, analítica e aplicativa) para que o ensino seja efetivo. No trabalho em equipe, o desenvolvimento de habilidades de comunicação é fundamental para a boa prática assistencial. A comunicação de notícia difícil pode ser treinada em ambientes simulados e pode auxiliar os profissionais na tomada de decisões, planejamento de cuidados, de forma compartilhada com os familiares. Todas essas ações educacionais propiciam qualificação assistencial para o profissional, redução de eventos adversos e aumento da segurança do paciente.

Palavras-chave: Educação Médica; Simulação; Educação em Saúde; Comunicação em Saúde; Segurança do Paciente.

¹ Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Faculdade de Medicina - FM, Departamento de pediatria. Belo Horizonte, MG - Brasil.

² Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. UFMG/FM, Laboratório de simulação. Belo Horizonte, MG - Brasil.

³ UFMG/FM, Laboratório de simulação. Belo Horizonte, MG - Brasil.

⁴ Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Faculdade de Medicina - FM, Departamento de pediatria, Laboratório de simulação Belo Horizonte, MG - Brasil.

⁵ Prefeitura Municipal de Betim. Unimed-Belo Horizonte. Prefeitura Municipal de Contagem. Minas Gerais - Brasil.

⁶ UFMG, Escola de Enfermagem, Departamento de pós-graduação. Belo Horizonte, MG - Brasil.

⁷ UFMG/FM, Departamento de Medicina Preventiva e Social. Belo Horizonte, MG - Brasil.

Instituição:

Centro de Tecnologia em Saúde - Laboratório de Simulação - Faculdade de Medicina da UFMG. Belo Horizonte, MG - Brasil.

Suporte financeiro:

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPS) pelo apoio ao desenvolvimento deste artigo.

* Autor Correspondente:

Maria do Carmo Barros de Melo
E-mail: mcbmelo@gmail.com

Recebido em: 12/04/2015.

Aprovado em: 09/08/2016.

ABSTRACT

Simulation based learning and communication skills have been used widely in health area although concepts need to be propagated to allow a wide and successful use of them. This paper aims to present new concepts in this field and to stimulate thinking about their use in education, training and professional updating. The sceneries should be close to reality to allow professionals to experience and reflect about the performed practice while elaborating their learning. *In situ* simulation is a practice that allows training in workplace thus saves financial resources of creating sceneries leading to a realistic interaction with the workplace scenery. The teacher/facilitator must know how to lead the case-scenery identifying specific points to comment in the debriefing practice to be developed in the end following three recommended steps (descriptive, analytical and applicative) for effective learning. The development of communication skills is fundamental to good health care practice in teamwork. Hard news reporting can be trained in simulated environments and can help professionals in decision-making, care planning, jointly with the family. All these educational activities provide care qualification for professional, reduction of adverse events and increased patient safety.

Keywords: Education, Medical; Simulation; Health Education; Health Communication; Patient Safety.

INTRODUÇÃO

O aprendizado na área da saúde vem sofrendo modificações importantes com a introdução de novas tecnologias da informação e comunicação e de novos cenários para o ensino. O acesso universal à internet permite a globalização do ensino e a difusão de conhecimentos entre diferentes instituições e profissionais. Atualmente, a simulação como tecnologia educacional vem sendo utilizada em várias áreas da saúde, permitindo formação e capacitação profissional presencialmente ou à distância, o aprendizado de habilidades para trabalho em equipe, tomada de decisões, liderança, auxiliando na redução de erros e eventos adversos em hospitais.

O planejamento das atividades a serem desenvolvidas deve ser baseado no objetivo do aprendizado, na disponibilidade de instrutores/facilitadores capacitados e na infraestrutura disponível, podendo ser utilizados manequins de baixa ou alta fidelidade, capacitações pontuais, cursos de imersão, entre outros. A associação de métodos de *feedback* e a possibilidade de se repetir as ações promovem o aprendizado em ambiente livre de risco e controlado, seguindo etapas gradativas de aquisição de habilidades, de forma a propiciar qualificação do cuidado.¹

Em situações de urgência ou emergência, treinamento e prática profissional são decisivos para a sobrevivência do paciente. A experiência vivenciada em cenários simulados permite aumentar a percepção de sinais de gravidade, a reduzir o

estresse e a melhorar a *performance* do profissional, apresentando como resultado final a mudança do comportamento e a consciência situacional.² O gerenciamento dessas situações leva à redução dos riscos e dos eventos adversos, qualificação profissional e aumento da segurança do paciente. A capacitação em habilidades de comunicação de forma individual e para o trabalho em equipe é primordial para o ensino de alunos e profissionais da área da saúde.

No Brasil, o ensino mediado por simulação e o treinamento das habilidades de comunicação estão ainda em fase de implementação, havendo necessidade de maior divulgação e conhecimento por parte dos profissionais de saúde. Este artigo objetiva introduzir conceitos novos desses temas e ao mesmo tempo estimular a reflexão sobre seu uso para formação, capacitação e atualização profissional.

SIMULAÇÃO PARA O ENSINO EM DIVERSAS ÁREAS DA SAÚDE

A simulação tem sido utilizada como ferramenta de ensino para alunos da graduação em vários cursos da área da saúde. As vantagens do seu uso são inúmeras, entre elas a possibilidade de corrigir erros cometidos, repetir a técnica ou habilidade, discutir a atuação do aluno e buscar a reflexão sobre as dificuldades encontradas.³ Outra vantagem é a de propiciar vivência de um caso-cenário próximo do real antes do contato direto com o paciente, evitando a exposição do mesmo, e propiciando ensino em formato ético e profissional.

Na semiologia, é possível realizar treinamentos de habilidades técnicas como avaliação de sinais vitais, aferição de peso e estatura/comprimento, aferição da pressão arterial não invasiva, exame das mamas, otoscopia, oftalmoscopia ou de exames clínicos mais completos como dos aparelhos respiratório, cardiovascular e digestório.

Outros procedimentos podem ser praticados, como, por exemplo, introdução de cateter nasogástrico, cateterismo vesical, aspiração traqueal, punção venosa periférica e central, cateterismo arterial, oxigenoterapia não invasiva, ventilação com pressão positiva, intubação endotraqueal, punção lombar e as práticas com uso de desfibrilador e/ou cardioversor. Técnicas endoscópicas podem ser realizadas por meio de simuladores computadorizados, especialmente nas áreas de cirurgia, gastroenterologia, urologia e otorrinolaringologia. A simulação torna, desta forma, o ensino ético, evitando que o paciente seja usado para treinamento.^{4,5}

Na área da urgência e emergência, a simulação para o treinamento em medidas de suporte básico de vida foi das primeiras experiências descritas e a seguir treinamentos de medidas de suporte avançado de vida foram desenvolvidos. Atualmente, a *American Heart Association* (AHA) é responsável por treinamentos em várias partes do mundo, com atualizações baseadas em critérios científicos baseados em evidência, buscando favorecer melhor performance dos reanimadores, leigos ou não, e maior retenção das habilidades necessárias na ressuscitação cardiorrespiratória.⁶

Cenários recriando ambiente real e manequins de alta fidelidade (semi-robotizados e programados para dar resposta às ações) vêm cada vez mais sendo utilizados, de forma a propiciar desenvolvimento de habilidades psicomotoras, cognitivas e afetivas diante de situações apresentadas. Gaba⁷ propôs a categorização das aplicações da simulação em 11 dimensões, demonstradas na Tabela 1.

A simulação *in situ* é aquela que utiliza como cenário o próprio local de trabalho do profissional. Algumas vezes, é planejada para ocorrer periodicamente e sem conhecimento prévio dos profissionais, tornando a situação muito próxima do real. Algumas vantagens são descritas

como: economia de recursos financeiros por utilizar espaço, materiais, medicamentos e equipamentos já disponíveis; evita deslocamento dos profissionais em horários extras; propicia maior interação com o ambiente e os equipamentos de trabalho; permite perceber as falhas de gerenciamento da instituição.⁸ Os casos-cenários podem ser filmados para posterior análise e *debriefing*, ressaltando a necessidade de obtenção de termo de consentimento dos profissionais envolvidos e ao mesmo tempo resguardando a privacidade de pacientes que estiverem próximos ao local.

Enfim, a simulação é método que vem sendo cada vez mais empregado para a educação superior, e tem como objetivo ressignificar a aprendizagem construindo novos saberes voltados para a excelência profissional.⁹⁻¹¹

TÉCNICAS DE DEBRIEFING NO ENSINO

O termo *debriefing* refere-se à análise, reflexão e compartilhamento de uma experiência vivenciada. É o momento de compreender, analisar e sintetizar pensamentos, sentimentos ocorridos no cenário da simulação. Para o desenvolvimento das atividades de *debriefing*, alguns pontos devem ser bem planejados e definidos, como: o facilitador (quem realiza o processo); os participantes do processo; o cenário de simulação ou experiência; a recordação da experiência; o relatório e o tempo.¹⁰ A técnica de *debriefing* em geral é composta de três fases (descritiva, analítica e aplicativa), descritas na Tabela 2.

Para que o *debriefing* seja bem conduzido, os objetivos de aprendizado devem ser pré-definidos e bem delineados, baseados nas características dos participantes, mas algumas vezes pode ocorrer situações inesperadas e o instrutor/facilitador deve ter experiência suficiente para conduzir a discussão.¹⁰ O ambiente deve ser positivo e entusiástico, seguindo a visão de “não criticar” e permitindo que o aluno/participante memorize as ações, de forma a agir confortavelmente quando um caso real semelhante lhe for apresentado.^{12,13}

Na fase pré-cenário o professor/facilitador deve explicar para o aluno/profissional a forma de desenvolvimento da atividade, as possibilidades de simulação de acordo com os

Tabela 1. Dimensões da aplicação e detalhamento da descrição das fases da simulação.

Aplicações	Descrição
Propósito e objetivo	Educação, treinamento, avaliação de performance, ensaio clínico, pesquisas.
Alvo da simulação	Indivíduos ou equipes
Nível de experiência	Dependente do grau de conhecimento prévio dos participantes.
Domínio e/ou nível do cuidado	Desde primários a de alto risco.
Aplicação da simulação	Profissionais de diversas áreas da saúde ou indivíduos?
Tipo de conhecimento, habilidades, atitudes e comportamentos a serem trabalhados	Aquisição de novos conhecimentos e conceitos, habilidades técnicas, tomadas de decisão, atitudes e comportamentos, trabalho em equipe e relação profissional.
Aplicação da simulação	Abordagem para as diversas faixas etárias dos pacientes ou treinamento específico programado?
Tecnologia adotada	Vários tipos de tecnologia podem ser adotados: comunicações verbais, utilização de atores, vídeos, utilização de manequins de baixa ou alta fidelidade ou realidade virtual.
Ambiente da Simulação	Planejar o ambiente a ser utilizado: educação a distância, laboratórios de simulação com réplicas de ambientes clínicos, unidades clínicas reais para simulações <i>in situ</i> .
Tipo de participação	Selecionar o método mais apropriado: sem interação direta, a distância, com interação verbal ou prática, participação direta “ <i>hands on</i> ”, participação imersiva.
Métodos de <i>feedback</i>	Selecionar o método apropriado: <i>debriefing</i> em tempo real, <i>debriefing</i> pós-simulação com vídeo, <i>feedback</i> pelo próprio simulador.

Fonte: Adaptado de Gaba DM. The future vision of Simulation in Health Care. Qual Saf Health Care. 2004;13(Supp 1):2-10.⁷

Tabela 2. Fases e detalhamentos do Debriefing.

Fases	Como conduzir?	Detalhamento
Descritiva	“Descreva o caso do seu ponto de vista”	O instrutor/facilitador deve solicitar que cada participante descreva o caso desenvolvido, de forma a permitir a apresentação de diferentes visões, formando um “quebra cabeças” a ser solucionado, no qual a visão de cada um deve ser comparada à visão do “Outro” sobre o mesmo fato.
Analítica	“O que você fez bem?” “O que o grupo fez bem?” “O que você faria diferente em uma situação semelhante?” “O que você pensa sobre esta situação?”	Deve-se identificar sentimentos individuais ou do grupo a partir da experiência vivenciada. Nesta fase, o instrutor/facilitador deve considerar se algum participante está mais vulnerável que o outro e buscar uma forma de deixá-lo seguro para permitir que ele participe da discussão. Todos os participantes devem ser envolvidos na discussão, algumas vezes solicitando que cada um diga o que o “Outro” fez de forma correta, e se possível alguns trechos gravados (som e imagem) devem ser selecionados, destacando os pontos positivos. Os comentários devem ser generalizados, evitando conflitos individualizados e estimulando a reflexão sobre as ações.
Aplicativa	“Agora que você descreveu e analisou o caso, o que você fez bem e o que foi inadequado, o que você aprendeu?”	Envolve as diferentes visões construídas pelos participantes, e como elas se correlacionam. É o momento de fazer com que a experiência vivenciada passe a ser aplicada futuramente nos eventos da vida real. Novas discussões sobre diagnósticos diferenciais podem ser estimuladas, enfatizando todos os pontos essenciais para atingir os objetivos de aprendizado do caso-cenário.

Fonte: Adaptado de Fanning RM, Gaba DM. The Role of Debriefing in Simulation-Based Learning. *Simul Healthcare*. 2007;2(2):115-124.¹⁰

manequins, o cenário utilizado e os equipamentos disponíveis. Os participantes devem ter tempo disponível para conhecer o ambiente e os materiais a serem utilizados para que se sintam confortáveis no caso-cenário proposto.

Ao término da atividade e do *debriefing*, as lições aprendidas devem ser sumarizadas. O objetivo é que os participantes se sintam gratificados com a oportunidade de treinamento. O resultado final será, com certeza, uma reflexão estruturada sobre a atividade, de forma a propiciar significado para o aprendizado e para a decisão correta diante do problema apresentado, preparando o profissional para o enfrentamento de casos reais no futuro.

HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO E TRABALHO DE EQUIPE EM SIMULAÇÃO

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação de Medicina incluíram as habilidades de comunicação como tema obrigatório na formação profissional.¹⁴ A comunicação interpessoal e as formas de avaliação em capacitações constituem-se em importante habilitação na área da saúde,^{15,16} incluindo o contexto das interações sociais, através de conteúdos de linguagem verbal e não verbal.¹⁷

O treinamento de habilidades nos relacionamentos interpessoais está centrado na capacidade de comunicação em simulação, repertório de experiências individuais e de grupo dos docentes e discentes.¹⁸ O desenvolvimento dessa habilidade inclui aspectos do conhecimento, das representações cognitivas de atenção, intenção, das crenças e dos sentimentos pessoais.

Para os observadores em comportamento humano, a possibilidade de aprendizado efetivo em ambiente protegido está guiada pelas interações de âmbito social entre os participantes envolvidos na simulação, a comunicação e o ambiente do cenário. Todas as pessoas envolvidas (professores, monitores, tutores facilitadores e acadêmicos) e as situações vivenciadas podem ser consideradas como unidade inseparável. Ou seja, um grupo de pessoas que deve estar muito motivado e se sentir competente para o aprendizado mediado pela simulação em saúde como processo único e inseparável.¹⁸

Para especialistas dos cursos de graduação médica, o aluno deverá receber, desde o início de sua formação, treinamento em habilidades de comunicação num grau crescente de complexidade contemplando aspectos das interações com colegas e paciente presente nos contextos de atenção primária, secundária e terciária.¹⁹

No ambiente protegido ou de laboratório, o processo de simulação contém etapas sequenciais que caracterizam o cenário em seu desenvolvimento tendo como sustentação para o professor, a perspectiva do aprendizado progressivo.²⁰ Cada etapa prioriza habilidades a serem consideradas para avaliação.

Na experiência atual tem-se ao lado do professor docente na avaliação de atividades formativas a participação do professor tutor (psicólogo) como facilitador e observador das habilidades de comunicação durante o cenário e no pós-cenário acompanhando o *debriefing* psicológico.²¹

Ao considerar a primeira etapa, denominada de informação prévia, o professor docente poderá enviar os temas e conteúdos para o estudo individual dos discentes. A orientação docente transmite uma comunicação informativa a ser cognitivamente elaborada pelos discentes e esta se refere às possibilidades de autoconhecimento e autopercepção dos temas em estudo.

O professor, a seguir, poderá acolher os alunos na segunda etapa com o intuito de dar as boas vindas, escutando expectativas, demonstrando interesse, resolvendo dúvidas e prestando esclarecimentos sobre conteúdos de estudo.

A terceira etapa, denominada de entrada na teoria, poderá ser contemplada ou não pelo docente. Mas, se objetivada, o professor poderá usar técnicas de aprendizagem ativa como, por exemplo, os *games* ou *table top* incentivando os discentes a participarem da fixação dos conteúdos teóricos previamente estudados num outro contexto mais interativo.

Na sequência tem-se a quarta etapa de preparação para o cenário – na qual o docente apresenta um relato do caso a ser atendido (a história clínica e os recursos disponíveis). Existe nesse momento, para os participantes do cenário, a possibilidade de perguntas sobre atuação da equipe, local e condições de atendimento.

O passo seguinte é convocar os voluntários para assumir o papel de membros de uma equipe de saúde e/ou atores previamente treinados para representar os familiares, por exemplo, mediante a utilização da técnica de *role-playing*. Esse momento de formação da equipe é fundamental para melhorar a percepção de realismo e o desempenho no cenário.²²

A habilidade a ser incentivada é a de autoconhecimento e motivação para assumir as características de novo papel profissional no trabalho em equipe e na comunicação fechada em equipe. A referida técnica permite ao aluno desenvolver habilidades de comunicação de acordo com a metodologia ativa de aprendizado centrada no conhecimento e

considerando a experiência individual previa. O aluno ao se colocar no lugar do outro, colega de equipe, paciente ou familiar, terá a possibilidade de representar e incorporar novo papel, na cena simulada.

A interpretação do sentir e o como fazer o cuidado, vivenciado de modo pleno certamente promoverá a busca de soluções para as questões abordadas e a reconstrução de conteúdos e formas de comunicação competente a partir de seus próprios recursos cognitivos e das interações vivenciadas em equipe. Os papéis profissionais referem-se assim aos padrões de comportamento esperados para os integrantes da equipe em simulação.²²

O desempenho da equipe de saúde no cenário constitui-se na quinta fase e o objetivo é o de alcançar a comunicação eficaz, às vezes, ainda não devidamente valorizado, mas certamente poderá ser a base relacional para a comunicação sensível, por parte do médico e sintonizada no âmbito da equipe. Os conteúdos a serem focalizados nas habilidades de comunicação dependem do lugar/serviço onde se desenvolve o cenário e dos objetivos proposto para o treinamento. Pode-se aplicar um *checklist* para verificação de desempenho em procedimentos.

Na sexta etapa, após a vivência do cenário, terá lugar a comunicação reflexiva utilizando as técnicas de *feedback* e de *debriefing*. O docente poderá escutar os membros da equipe do cenário com tempo para que possam se desinvestir dos papéis desempenhados e relatarem o ocorrido no atendimento. E, a posterior reflexão do que foi vivenciado, bem como o cordial e sensível acolhimento do professor ao conduzir a técnica de *debriefing*, tornam-se a peça chave para descrição e análise dos participantes em suas reações individuais e grupais.

No relato dos membros do grupo surge o espaço para a expressão de sentimentos, assimilação dos conteúdos conceituais e atitudes relevantes para o aprendizado eficaz. Estes aspectos cognitivo-comportamentais, ao serem valorizados e internalizados, contribuem para a base cognitiva da experiência do profissionalismo e também para novos modos de utilizar a comunicação apropriada para a experiência de vida e profissional do aluno.

Na sétima etapa de finalização do processo de simulação o aspecto importante a ser considerado na aquisição de habilidades é a verificação do que foi aprendido. Existem diversos formatos de avaliação de desempenho dos alunos utilizando *checklist* ou aplicando recursos como o de exame da análise global (*analytic global ratings*) delineando uma escala de comportamento do discente na entrevista com o paciente.²³

Assim, o treinamento das habilidades de comunicação, em ambiente protegido, está relacionado às etapas sequenciais da simulação visando à possibilidade de gerar aprendizado eficaz e seguro.

COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS DIFÍCEIS

A comunicação de notícias difíceis continua sendo um desafio para médicos e equipes de saúde, principalmente no que se refere à tomada de decisões e compartilhamento de informações com os familiares. Apresentam-se como importante conteúdo a ser inserido nos objetivos dos casos-cenários para o ensino na graduação e para a capacitação de profissionais da área da saúde.

No século passado, nos anos 80 e 90, diversos especialistas investigaram a importância de melhoramentos nas habilidades de comunicação e promoveram oportunidade de ensino a acadêmicos e médicos fornecendo cursos de curta duração. O tema de como transmitir informação foi protocolado em áreas específicas, como as de estudos em oncologia e outras doenças crônicas. O que os oncologistas definiram como má notícia está dirigido ao comprometimento da perspectiva de vida do paciente em relação ao futuro.²⁴ Existem dúvidas, na percepção do médico pediatra, quanto à comunicação de más notícias, em relação à polêmica definição do que é uma má notícia e como a criança deve ser informada.²⁵

De acordo com a visão de autores que constataram a relevância do tema, foi elaborado um protocolo denominado SPIKES,²⁶ cuja sigla reúne termos importantes a serem utilizados na prática com competências e habilidades a serem desenvolvidas,²⁷ sumarizadas na Tabela 3.

Tabela 3. Protocolo SPIKES e habilidades e competências a serem desenvolvidas para comunicação de notícias difíceis.

Fases do protocolo SPIKES	Habilidade e competência a serem desenvolvidas
1. 'Setting' - indica habilidades para lidar com o ambiente e seu entorno como a organização do espaço e preparação para a entrevista.	1. Ao preparar-se para a entrevista/atendimento aprender a avaliar seus próprios sentimentos e a melhor forma de otimizar o tempo disponível para a comunicação.
2. 'Perception' - são os momentos dedicados a observar percepção do paciente em sua situação e desejo de compreensão.	2. Ao favorecer a formação de um vínculo de confiança, aprender a avaliar a percepção do paciente/familiar e incentivar o diálogo com perguntas.
3. 'Invitation' - refere-se à solicitação de participação do paciente para compartilhar a informação.	3. Ao avaliar o desejo de saber do paciente aprender a ouvir, observar e ter sensibilidade para perceber se o paciente está em condições para receber a notícia.
4. 'Knowledge' - refere-se à habilidade de saber sobre o conhecimento ao proferir a comunicação;	4. Ao transmitir notícias aprender a informar com clareza e delicadeza, sendo honesto nas informações prestadas.
5. 'Explore emotions' - a habilidade em reconhecer as emoções do paciente e a reação de empatia para abordar o paciente.	5. Ao validar a expressão de reações e emoções aprender a acolher a diversidade de sentimentos como: raiva, ansiedade, revolta, tristeza dos pacientes e familiares, dando-lhes algum tempo e quando necessário oferecendo respostas de reconhecimento e sintonia afetiva.
6. 'Strategy and Summary' - a priorização das questões encontradas, resumindo e reforçando esperanças, bem como a continuidade realista de expectativas planejadas no cuidado	6. Ao resumir e traçar estratégias com os pacientes e familiares, aprender a sintetizar e falar sobre as principais questões verificando se estão prontos para discutir um plano de cuidado. Estar capacitado também para compartilhar responsabilidades na tomada de decisão com o paciente.

Fonte: Adaptado de Instituto Nacional do Câncer. Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde Coordenação geral de gestão assistencial. Rio de Janeiro: INCA; 2010 p. 194-6.²⁶

Os cenários que tenham como objetivo discutir temas como terminalidade, comunicação de morte encefálica, encaminhamento para doação de órgãos e tecidos podem ser treinados em ambiente de simulação. A comunicação com o paciente e os familiares na terminalidade da vida é habilidade ligada ao desempenho da equipe interdisciplinar em ações de cuidados paliativos.²⁷ É importante saber convocar e conduzir as reuniões com os familiares de forma precoce e ao mesmo tempo tratar de assuntos específicos como tomada de decisões e planejamento do cuidado.²⁸

A adoção de atitude empática e comunicação assertiva por parte da equipe com os familiares poderá ajudá-los no processo decisório graduando as informações de acordo com o tempo necessitado para as decisões.

Portanto, as habilidades de comunicação em ambiente de simulação estão relacionadas às fases sequenciais do aprendizado em equipe tais como liderança, comunicação, planejamento e carga de trabalho, todos ligados ao treinamento de fatores humanos.^{29,30}

O desafio maior na comunicação está numa habilidade especial a ser descoberta durante os treinamentos, criando novas formas de se engajar nos relatos dos pacientes e de adotar comportamentos que melhor se adaptem à situação de atendimento individual ou em equipe.

CONCLUSÃO

No Brasil, o ensino mediado por simulação está em fase de implementação. Neste momento é necessário capacitar facilitadores para atuar na área de forma a garantir bons resultados. A tecnologia a ser utilizada pode ser mais simples ou avançada, dependendo da infraestrutura disponível e do planejamento das ações a serem desenvolvidas e dos objetivos de aprendizado a serem alcançados. Neste momento é importante difundir os conceitos e as suas aplicações para que a utilização seja maximizada.

A arte maior no cuidar reside na comunicação planejada para cada contexto e universo comunicacional trazido pelo paciente e esta habilidade especial deve ser elaborada durante o treinamento simulado. Assim, a maneira pessoal de criar novas formas de se engajar nos relatos dos pacientes e de adotar comportamentos pode melhorar a qualidade do atendimento seguro em equipe.³¹ E, certamente, a realização de estudos e pesquisas no futuro promoverá a descoberta de novas dimensões relacionais e interpessoais no entendimento das habilidades de comunicação em simulação a serviço das habilidades requeridas em situações reais de assistência ao paciente.

Muitos progressos ainda são necessários para a execução de práticas utilizando a metodologia do ensino baseado em simulação e é extremamente importante que as práticas simuladas sejam discutidas de acordo com o objetivo de aprendizagem da capacitação proposta e que pesquisas sejam desenvolvidas de forma a adequar o ensino aos resultados esperados.

REFERÊNCIAS

- Walker ST, Sevdalis N, McKay A, Lambden S, Gautama S, Aggarwal R, *et al.* Unannounced in situ simulations: integrating training and clinical practice. *BMJ Qual Saf.* 2013;22(6):453-8.
- Greiga PR, Highama H, Nobrec AC. Failure to perceive clinical events: an under-recognised source of error. *Resuscitation.* 2014;85(7):952-6.
- Amaral JMV. Simulação e ensino-aprendizagem em Pediatria. 1ª Parte: Tópicos essenciais. *Acta Pediatr Port.* 2010;41(1):44-50.
- Ziv A, Wolpe PR, Small SD, Glick S. Simulation-based medical education: an ethical imperative. *Simul Healthc.* 2006;1(4):252-6.
- Jude RJ, Koenhoven WB, Knickerbocker GG. A new Approach to Cardiac Resuscitation. *Ann Surg.* 1961;154(3):311-9.
- Bhanji F, Mancini ME, Sinz E, Rodgers DL, McNeil MA, Hoadley TA, *et al.* Part 16: education, implementation, and teams: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation.* 2010;122(18 Suppl 3):S920-33.
- Gaba DM. The future vision of simulation in health care. *Qual Saf Health Care.* 2004;Suppl 1:i2-10.
- Patterson MD, Blike GT, Nadkarni VM. In Situ Simulation: Challenges and Results. In: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, Grady ML, eds. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches.* Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008.
- Varga CRR, Almeida VC, Germano CMR, Melo DG, Chachá SGF, Souto BGA, *et al.* Relato de Experiência: o uso de simulações no processo de ensino-aprendizagem em medicina. *Rev Bras Educ Med.* 2009;33(2):291-7.
- Fanning RM, Gaba DM. The role of debriefing in simulation-based learning. *Simul Healthc.* 2007;2(2):115-25.
- Arruda FT, Danek A, Abrão KC, Quilici AP. Preparation of educational videos for skills training for medical students in medical school. *Rev Bras Educ Med.* 2012;36(3):431-5.
- Dreifuerst KT, Decker SI. Debriefing: An essential component for learning in Simulation Pedagogy. In: Jeffries PR, ed. *Simulation in Nursing Education.* 2nd ed. New York: National League of Nursing; 2012. p. 105-29.
- Coutinho VRD, Martins JCA, Pereira MFCR. Construção e validação da Escala de Debriefing associado à Simulação (EA-DaS). *Rev Enferm.* 2014;4(2):41-50.
- Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior Resolução N° 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília: Diário Oficial da União; 2001.
- Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: The Kalamazoo consensus statement. *Acad Med.* 2001;76(4):390-3.
- Duffy FD, Gordon GH, Whelan G, Cole-Kelly K, Frankel R, Buffone N, *et al.*; Participants in the American Academy on Physician and Patient's Conference on Education and Evaluation of Competence in Communication and Interpersonal Skills. Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. *Acad Med.* 2004;79(6):495-507.
- Roca E. *Como Mejorar tus Habilidades Sociales.* 3rd ed. Valencia: ACDE; 2005.

18. Dieckmann P. The use of simulations from different perspectives: a preface. In: Dieckmann P, ed. *Using simulations for education, training and research*. Lengerich: Pabst Science Publishers; 2009. p. 9-17.
19. Leite AGM, Caprara A, Coelho Filho JM, orgs. *Habilidades de Comunicação com Pacientes e Famílias*. São Paulo: Sarvier; 2007. 242 p.
20. Dieckmann P, Rall M, Eich C, Schnabel K, Jünger J, Nikendei C. Role playing as an essential element of simulation procedures in medicine. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*. 2008;102(10):642-7.
21. Danna MF, Matos MA. *Aprendendo a observar*. São Paulo: Edicon; 2006.
22. Dieckmann P. *Using simulations for education, training and research*. Lengerich: Pabst Science Publishers; 2009.
23. Hodges B, McIlroy JH. Analytic global OSCE ratings are sensitive to level of training. *Med Educ*. 2003;37(11):1012-6.
24. Buckman R, Kason Y. *How to Break Bad News: Guide for Health Care Professionals*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1992.
25. Perosa GB, Ranzani PM. Capacitação do médico para comunicar más notícias à criança. *Rev Bras Educ Méd*. 2008;32(4):468-73.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. *Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde*. Coordenação geral de gestão assistencial. Rio de Janeiro: INCA; 2010.
27. Astudillo W, Mendinueta C, Astudillo E. *Medicina Paliativa: cuidados del enfermo en el final de la vida y atención a su familia*. Pamplona: Eunsa; 2008.
28. Powazki RD, Walsh D. The family conference in palliative medicine: a practical approach. *Am J Hosp Palliat Care*. 2014;31(6):678-84.
29. Gelbvaks S. Aprimorando o trabalho em equipe nas Unidades de Terapia Intensiva através do Treinamento Simulado [acesso 2017 Jun 22]. Disponível em: <http://old.cremerj.org.br/downloads/365.PDF>
30. World Health Organization. *Patient Safety Workshops: Learning from error*. Geneva: World Health Organization; 2008. Direitos para tradução em língua portuguesa: PROQUALIS: Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013.
31. de la Croix A, Rose C, Wildig E, Willson S. Arts-based learning in medical education: the students' perspective. *Med Educ*. 2011;45(11):1090-100.