



SIMUCARE-immersion

Imersão de 360° com o paciente parceiro
mobilizar os conceitos de competências comunicativas
de comunicação em pediatria na formação inicial
no domínio médico e paramédico

METODOLÓGICO GUIA



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

21PCS0006 / 2021-1-BE01-KA220-HED-000032147
Période 01/02/22 au 31/01/25

immersion360.eu/platform/

Índice

ÍNDICE	2
APRESENTAÇÃO DOS PARCEIROS	3
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA (ESENFC)	3
UNIVERSIDADE DE MEDICINA E FARMÁCIA «IULIU HAȚIEGANU», CLUJ-NAPOCA	3
INFOREF	4
HELMO	4
UNIVERSIDADE DA CÔTE D'AZUR	5
FACULDADE DE PSICOLOGIA, TERAPIA DA FALA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO - UNIVERSIDADE DE LIÈGE	5
OS OBJECTIVOS DO PRESENTE GUIA	6
INTRODUÇÃO	7
COMUNICAÇÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE	7
AS ESPECIFICIDADES DA PEDIATRIA	8
FORMAÇÃO EM COMUNICAÇÃO PEDIÁTRICA	9
A UTILIZAÇÃO DA IMERSÃO COMO FERRAMENTA DE SIMULAÇÃO	9
UTILIZAR A IMERSÃO PARA ENSINAR A COMUNICAÇÃO EMPÁTICA	10
PARCERIA COM OS DOENTES E CUIDADOS INTERDISCIPLINARES	11
OBJECTIVOS DO PROJETO	13
METODOLOGIA DO PROJETO	14
CONSTRUIR UM QUADRO DE COMUNICAÇÃO ESPECÍFICO PARA O CONTEXTO PEDIÁTRICO:	
O MÉTODO DELPHI	14
RECRUTAMENTO DE PARTICIPANTES E ADAPTAÇÃO DOS MEIOS DE COMUNICAÇÃO	14
CONSTRUIR A SIMULAÇÃO	15
CRIAR O GUIÃO	15
VÍDEO DA SESSÃO DE SIMULAÇÃO	16
AVALIAÇÃO	16
ALGUMAS RECOMENDAÇÕES PARA ORIENTAR A CRIAÇÃO DE UMA EXPERIÊNCIA IMERSIVA	17
AVALIAÇÃO DA PLATAFORMA	19
RESULTADOS	19
Dados sócio-demográficos	19
Satisfação com a utilização da plataforma	20
IMPACTO DA PLATAFORMA NOS CONHECIMENTOS DOS PARTICIPANTES	28
DISCUSSÃO	30
A RONDA DE DELPHI	30
Questões éticas da ronda Delphi	30
Limitações do método Delphi e complementos metodológicos	30
A PARCERIA COM OS DOENTES	31
A PLATAFORMA DE APRENDIZAGEM	31
Satisfação com a utilização da plataforma	31
Efeito da plataforma no conhecimento das competências	32
CONCLUSÃO	34
REFERENCIAS	35

● Apresentação dos parceiros

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)

A Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), herdeira da mais antiga formação em enfermagem em Portugal (desde 1881), é uma instituição pública reconhecida nacional e internacionalmente pela sua qualidade e inovação no sistema de saúde e na sociedade. A ESEnfC tem como missão a formação humanística, científica, técnica e cultural de profissionais socialmente reconhecidos, a promoção de investigação credenciada, a difusão do conhecimento e a prestação de serviços.

A ESEnfC alberga a Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Cuidados Infantis (UICISA: E), uma unidade de investigação financiada pela FCT desde 2004. A UICISA: E desenvolve actividades de I&D em enfermagem e ciências da saúde afins, a nível interdisciplinar e internacional, com o objetivo de dar uma resposta sustentável e socialmente responsável a questões complexas relacionadas com a promoção da saúde, a prevenção da doença e a prestação de cuidados. Em resposta aos desafios de saúde locais e globais, a UICISA: E realiza investigação centrada em áreas prioritárias e tem sido bem sucedida em atrair financiamento de uma variedade de fontes através de redes nacionais e internacionais. UICISA: E contribui para o avanço do conhecimento e promove cuidados de saúde de qualidade. Os seus objectivos incluem o desenvolvimento de dispositivos médicos/procedimentos técnicos, a formação de investigadores, a gestão de programas de investigação interdisciplinares e a produção, disseminação, síntese e implementação de conhecimentos científicos.

Atualmente, a ESEnfC tem mais de 225 membros do corpo docente e mais de 70 funcionários administrativos. Com referência ao ano académico de 2022/2023, a ESEnfC tinha 1941 estudantes inscritos: 1444 no programa de Licenciatura em Enfermagem, 318 no programa de Mestrado, 43 no programa de especialização pós-graduada, 121 no programa de pós-graduação e 15 no programa de Doutoramento. Para além disso, há 90 estudantes em programas de mobilidade de entrada. Em 2022, a UICISA:E contava com: 99 estudantes de licenciatura em rotações de integração na investigação, 29 bolsiros de investigação, 19 investigadores nacionais e internacionais em formação avançada, 218 investigadores integrados e colaboradores, e 13 projetos financiados a nível nacional ou internacional.

Universidade de Medicina e Farmácia «Iuliu Hațieganu» em Cluj-Napoca

A Universidade de Medicina e Farmácia «Iuliu Hațieganu», em Cluj-Napoca, é uma universidade com uma rica tradição na preparação de profissionais na área da saúde. É uma das universidades mais conceituadas da Roménia. A UMFH tem atualmente mais de 1.300 funcionários, para além de 830 docentes. Mais de dois terços deles desenvolvem actividades de investigação em regime de tempo parcial. A universidade tem atualmente mais de 9.000 estudantes, dos quais mais de 3.500 são estrangeiros. Para além do ensino médico em língua romena, o ensino também é ministrado em inglês e francês há cerca de vinte anos, atraindo um grande número de estudantes de cerca de 63 países. A Faculdade de Medicina oferece 6 cursos de graduação: Medicina, Enfermagem, Radiologia e Imagiologia Médica, Balneo-Fisioterapia e Recuperação Médica.

Este estabelecimento dispõe de um centro de competências práticas e de simulação médica, que melhora as oportunidades de aprendizagem e de formação para as equipas interdisciplinares de cuidados de saúde. Esta aprendizagem visa tanto os aspectos técnicos da gestão clínica como as capacidades de comunicação. O Centro de Competências Práticas e Simulação

Médica faz parte do Departamento de Educação Médica da Universidade, com os seguintes objectivos: (1) formação inicial e contínua de internos e especialistas médicos; (2) melhorar o ensino médico através da introdução de novas técnicas de aprendizagem; (3) participar na investigação médica; (4) colaborar com hospitais e autoridades de saúde locais e nacionais para promover a acreditação e certificação de novas normas para procedimentos médicos.

INFOREF

A Inforef é uma organização sem fins lucrativos com sede em Liège que oferece uma série de actividades e serviços para promover a utilização das tecnologias digitais e a cooperação europeia no domínio da educação.

O INFOREF oferece serviços de elevada qualidade a todos os níveis de ensino, desde o ensino básico à formação de adultos, estimulando a utilização da tecnologia como motor de melhoria e inovação na aprendizagem e no ensino. Isto inclui tanto a criação de sistemas educativos baseados no e-Learning e em recursos educativos abertos, como uma oferta de formação que prepara os professores para utilizarem software, ferramentas digitais e plataformas interactivas para fins educativos nas suas actividades. Com mais de vinte anos de experiência na gestão de projectos europeus como parceiro ou coordenador, o INFOREF desenvolveu competências na gestão administrativa e financeira destes projectos, bem como na criação de sítios de coordenação. Nos últimos anos, o INFOREF desenvolveu plataformas interactivas de e-learning para a educação de adultos e o ensino superior. A Inforef participou recentemente em vários projectos Erasmus+ nos domínios médico e paramédico (SimuCarePro, SimuCarePro-CRM, ESafe, SimuCarePro-Immersion). Estes projectos permitiram o desenvolvimento de ferramentas pedagógicas inovadoras e de cursos de formação específicos destinados a melhorar as competências dos profissionais de saúde e dos estudantes destes sectores. Ao trabalhar com parceiros europeus, a Inforef contribuiu para a criação de recursos adaptados às necessidades dos profissionais médicos e paramédicos, incentivando o intercâmbio de boas práticas e a adoção de tecnologias digitais para melhorar a qualidade dos cuidados e da educação nestes domínios.

HELMo

O departamento paramédico HELMo oferece quatro licenciaturas, três especializações e um mestrado em enfermagem em parceria com a Universidade de Liège e outras Hautes Écoles. O HELMoSiM, o centro de simulação do departamento, é composto por três salas de simulação equipadas com vários manequins de alta fidelidade e uma sala dedicada a pacientes padronizados/jogos de representação/parceiros. A simulação é utilizada para desenvolver as competências técnicas e não técnicas e o discernimento clínico dos estudantes de enfermagem e de obstetrícia, bem como para a formação em serviço dos profissionais de saúde. A experiência dos nossos professores-formadores em simulação levou ao desenvolvimento de numerosos projectos financiados por fundos próprios, regionais ou europeus (Erasmus+, Interreg, Win2wall). Estes projectos visam melhorar a qualidade dos métodos e das práticas de ensino da simulação em saúde. Os exemplos incluem os projectos SimuCarePro, SimuCarePro-CRM, E-Safe e HEAL apoiados pelo programa Erasmus+. Há mais de 15 anos que a HELMo Link asbl (anteriormente CRIG), que está ligada à HELMo, desenvolve actividades de investigação aplicada e de formação contínua em conjunto com os 5 departamentos de formação inicial da HELMo: TI e técnico, paramédico, social, económico e jurídico e pedagógico. A HELMo Link tem experiência na elaboração e implementação de projectos de investigação aplicada financiados por vários fundos europeus, como o Interreg e o Erasmus +.

Universidade da Côte d'Azur

O Centro de Inovação Parceria Doente e Público faz parte do Departamento de Ensino e Investigação em Medicina Geral, que mobilizou uma parceria «médico-doente-parceiro» no âmbito desta investigação. Estes organismos fazem parte da Universidade Côte d'Azur, uma universidade I-DEX, ou seja, considerada pelo Ministério do Ensino Superior e da Investigação como uma Iniciativa de Excelência. Acolhe 35.000 estudantes em 12 campus e 28 estruturas de formação, oferecendo 560 cursos. O seu carácter único reside no facto de ter criado um ecossistema dedicado à formação e investigação no domínio da saúde, denominado Healthy. Este ecossistema coloca a parceria entre os cuidados de saúde e os doentes no centro da sua política de investigação. O CI3P e o DERMG participam no laboratório de investigação interdisciplinar «Riscos, Epidemiologia, Território, Informação, Educação, Saúde» (RETIInES) em parceria com os doentes. Um laboratório de investigação que está a criar um ecossistema de saúde digital para complementar o sistema de saúde tradicional, com grandes programas em que a Imersão 360 é uma parte coerente, como o projeto SANURN, que visa oferecer aos estudantes de ciências da saúde um currículo digital durante os seus estudos. Um projeto de formação em que a fase atual consiste essencialmente na formação de formadores. O CI3P, a DERMG e a RETIInES estão também envolvidos na implementação de um armazém de saúde de cuidados primários, P4DP, que será ligado aos armazéns de saúde dos Centros Hospitalares Universitários (CHU) e aos dados ambientais. Um armazém de saúde que será ligado a uma aplicação móvel de saúde/plataforma de aprendizagem digital aberta a pacientes, familiares, estudantes de ciências da saúde e profissionais em exercício, «Avec p», com o objetivo de avaliar o seu impacto sobre os dados de saúde, em que a Immersion 360° está envolvida.

Faculdade de Psicologia, Terapia da Fala e Ciências da Educação - Universidade de Liège

A Faculdade de Psicologia, Terapia da Fala e Ciências da Educação (FPLSE) é uma das 11 faculdades da Universidade de ULiège, que conta com mais de 28.000 estudantes e mais de 3.000 investigadores. A FPLSE oferece aos futuros psicólogos, terapeutas da fala e pedagogos - cerca de 3.000 estudantes - uma formação que se caracteriza tanto pela sua preocupação de rigor científico como pela diversidade de abordagens e de domínios de especialização propostos aos estudantes: psicologia da família, psicologia da delinquência, psicologia social do trabalho e das organizações, neuropsicologia, psicologia clínica da criança são apenas alguns dos numerosos módulos de formação que constituem o Mestrado em Ciências Psicológicas. O Mestrado em Terapia da Fala oferece também aos estudantes a possibilidade de se especializarem em áreas como as perturbações da voz, a surdez e as perturbações da linguagem oral e escrita (incluindo os seus aspectos neuropsicológicos).

O Mestrado em Ciências da Educação, frequentado principalmente por professores já licenciados, permite-lhes seguir uma formação complementar nos domínios da aprendizagem ao longo da vida, da intervenção nas escolas e da formação de profissionais da primeira infância, para citar apenas alguns.

A FPLSE está empenhada em melhorar o seu ensino através de várias inovações educativas. Por exemplo, oferece vários Cursos Online Abertos e Massivos (MOOC) que chegaram a dezenas de milhares de clínicos ou futuros clínicos em França, na Suíça, no Canadá e noutros países. Introduziu a realidade imersiva no seu ensino, e a simulação utilizando este método ou métodos mais tradicionais (como o paciente simulado) faz agora parte do currículo principal. A simulação é utilizada para desenvolver as capacidades de comunicação, o discernimento clínico e as competências técnicas. A nossa experiência neste domínio deu origem a várias publicações em revistas internacionais.

● Os objectivos do presente guia¹

O objetivo deste guia, elaborado pelos diferentes parceiros que participaram na realização do projeto, é descrever as etapas e as reflexões que levaram à construção da plataforma Simucare Immersion 360°. Em primeiro lugar, fornece um quadro teórico que identifica as razões da escolha do problema. Em segundo lugar, explica o método utilizado para dar as primeiras respostas ao problema. A descrição desta metodologia tem também como objetivo permitir a reprodução das ferramentas pedagógicas desenvolvidas. Finalmente, são discutidos os primeiros resultados obtidos junto de vários utilizadores da plataforma criada no âmbito do projeto.

¹ Este guia foi coordenado por Manon Goosse e Sylvie Willems.

● Introdução

Comunicação nos cuidados de saúde ²

Este projeto visa melhorar as competências de comunicação dos futuros enfermeiros, médicos e psicólogos que trabalham em pediatria. A comunicação entre doentes e prestadores de cuidados desempenha um papel importante na relação de cuidados. Uma comunicação adequada permite ao clínico compreender melhor a situação do doente (Neumann, 2009). Esta comunicação adequada é conhecida como comunicação empática, definida como «a vontade de compreender a perspetiva do doente, as emoções e a sua origem, e depois comunicar essa compreensão ao doente, permitindo-lhe agir, de acordo com essa compreensão, de uma forma que seja útil nos cuidados» (Halpern, 2014; Hardman e Howick, 2019). A comunicação empática foi identificada como tendo um efeito, significativo, na dor e ansiedade experimentadas pelo paciente (Howick et al. 2018), bem como nos resultados dos pacientes (Kelley et al. 2014; Hojat, 2011; Elliott e Bohart, 2018). Como explicam Neumann e colegas (2009), os efeitos da comunicação empática na saúde física e mental do doente resultam de um círculo virtuoso entre a melhoria da qualidade da comunicação com o doente e o desenvolvimento de uma melhor compreensão da sua situação por parte do clínico.

Esta comunicação empática é um ingrediente fundamental das abordagens centradas na pessoa (ACP). As ACP são abordagens que exigem: (1) identificar e compreender as preocupações, ideias, expectativas, necessidades, sentimentos e funcionamento do doente; (2) compreender o doente no seu contexto psicossocial único; (3) chegar a uma compreensão partilhada do problema e do seu tratamento com o doente, de uma forma que seja consistente com os seus valores; (4) ajudar os doentes a partilhar o poder, oferecendo-lhes um envolvimento significativo nas suas escolhas relacionadas com a saúde (Epstein et al, 2005).

Dada a importância da comunicação empática na relação com os cuidados de saúde, esta competência foi identificada como um objetivo de formação essencial no âmbito dos cuidados de saúde (World Federation for Medical Education, 2015; APA, 2013). Para conseguir uma comunicação empática, podem ser ensinadas várias técnicas de entrevista, que podem depois ser utilizadas pelos futuros clínicos (Van der Molen, Lang e Trower, 2013; Hill e Lambert, 2004; Hill, 2020). Estas técnicas são os ingredientes que permitirão explorar a perspetiva do paciente através da escuta ativa e, assim, desenvolver empatia para com ele, fornecer as informações necessárias, discutir os objetivos dos tratamentos ou intervenções propostos e envolver o paciente nas decisões que lhe dizem respeito. Estas técnicas incluem perguntas abertas e fechadas, sendo que as primeiras permitem uma exploração mais ampla e livre da perspetiva do doente do que as segundas, que fornecem informações específicas. Outra técnica de entrevista é a reformulação, que consiste em repetir brevemente o que o paciente disse.

Por outras palavras, esta técnica permite ao clínico transmitir ao paciente a sua compreensão da situação³. A reflexão dos sentimentos é outra técnica de entrevista, semelhante à anterior, exceto que visa os sentimentos do paciente (Jeaken, 2017). Paradoxalmente, a comunicação empática e as técnicas de entrevista associadas raramente são ensinadas de forma sistemática nos currículos (Choudhary e Gupta, 2015; EFPA, 2013). Quando o são, são sobretudo ensinadas de forma tradicional, em aulas, apesar de a literatura sublinhar a importância do ensino experimental (Kolb e Kolb, 2009). Se não são ensinadas de forma generalizada, são-no ainda menos em contextos específicos como a pediatria, que tem as suas especificidades.

² Redação : Manon Goosse

³ As definições das técnicas de entrevista baseiam-se nos trabalhos de Van der Molen, Lang e Trower (2013) e Hill e Lambert (2004) e Hill (2020).

As especificidades da pediatria ⁴

Há uma série de factores específicos que entram em jogo quando se trata de comunicação pediátrica. Em primeiro lugar, o estilo de comunicação de uma criança é moldado por uma série de factores, incluindo a idade cronológica e os marcos de desenvolvimento, factores de neurodesenvolvimento, personalidade, família e contexto ambiental. Para comunicar eficazmente com crianças de todas as idades e com as suas famílias, os médicos precisam de ter uma compreensão clara das fases de desenvolvimento cognitivo e comunicacional da criança, a fim de desenvolver um modo de comunicação adequado (Fraser, 2017). O objetivo é fornecer informações a um nível compreensível e envolver com sucesso as crianças nos seus próprios cuidados (Bell & Condren, 2016). De facto, os cuidados de alta qualidade envolvem ouvir as crianças e envolvê-las nos processos de tomada de decisão que as afectam (Lambert et al., 2012).

No entanto, os estudos mostram que a participação das crianças durante as consultas médicas é frequentemente limitada. As crianças estão quase sempre acompanhadas pelos pais ou por um adulto quando consultam um médico, e as interações são dominadas pelos cuidadores e por este cuidador próximo (Damm et al., 2015). A participação das crianças durante as consultas médicas é, portanto, muitas vezes mínima (Tran et al., 2022). Esta falta de envolvimento pode, infelizmente, levar a problemas de compreensão e cumprimento por parte das crianças. Por conseguinte, é essencial reconhecer que a criança é o doente, no centro da relação, juntamente com o prestador de cuidados.

Esta consulta triádica - em que o clínico deve dirigir-se simultaneamente aos cuidadores próximos e às crianças - apresenta desafios únicos, uma vez que cada parte requer uma atenção individualizada (Kurtz & Silverman, 2016). De facto, uma das especificidades da comunicação no contexto pediátrico é a presença de díades «cuidador-cuidador próximo», «cuidador-criança» e «cuidador-criança» que, coletivamente, formam uma relação triádica dinâmica, em que cada interação oferece potencial para a cooperação, mas também para o conflito que influencia a relação terapêutica (Lambert et al., 2012).

As interações que envolvem tríades introduzem uma multiplicidade de factores únicos a considerar, tais como a natureza da troca de informações entre os membros da tríade e o potencial para a formação de coligações diádicas, em que uma conversa entre dois membros da tríade surge e exclui o terceiro membro, a criança. Os prestadores de cuidados e os pais podem, por exemplo, limitar involuntariamente a participação das crianças através de interrupções, da utilização de linguagem técnica e da formação de parcerias conversacionais diádicas (Tran et al., 2022).

Os cuidadores próximos também actuam como substitutos e decisores legais das crianças doentes, que geralmente não têm capacidade legal para tomar decisões informadas até aos 16 ou 18 anos de idade. São também eles que relatam o historial médico e os sintomas da criança, administram os tratamentos prescritos e podem até ficar muito informados sobre o estado da criança no caso de uma doença crónica. No entanto, isto leva-os muitas vezes a falar em nome do seu filho, mesmo quando o médico está a falar diretamente com a criança. Este comportamento louvável pode, no entanto, ser prejudicial para a qualidade dos cuidados prestados, uma vez que as crianças são, por vezes, os melhores relatores das suas experiências de saúde. O comportamento dos pais também explica a tendência das crianças para participarem minimamente nas interações de cuidados de saúde (Tran et al., 2022). Naturalmente, o peso do prestador de cuidados varia consoante o estágio de desenvolvimento da criança. Enquanto a comunicação primeira infância tende a ser mais diádica devido às capacidades comunicativas

⁴ Colaborador: Codruda Popescu

limitadas da criança pequena (Jenkins, 2024), à medida que a criança cresce, a díade tende a tornar-se uma tríade (Kaye et al., 2020). Assim, durante as consultas de pediatria, é essencial implementar várias estratégias para aumentar a participação da criança, especialmente com as crianças mais pequenas. Isto começa com o diálogo direto com a criança, convidando-a ativamente a expressar-se, em vez de se concentrar apenas nos pais (Lambert et al., 2012). Para tal, os clínicos têm de convidar explicitamente a criança a participar e dar-lhe tempo para responder às perguntas. No entanto, é importante dar ao familiar algum espaço para expressar as suas preocupações, para que ele possa, por sua vez, dar espaço à criança (Cahill & Papageorgiou, 2007). Por último, não se pode partir do princípio de que todas as crianças, especialmente as mais pequenas, vão necessariamente querer ou ser capazes de participar na consulta. Perguntar às crianças se gostariam de contar a sua história ou se prefeririam que os seus cuidadores próximos o fizessem é uma solução.

Formação em comunicação pediátrica ⁵

As especificidades da comunicação pediátrica apresentam, por conseguinte, outros desafios para os prestadores de cuidados. No entanto, a literatura refere uma falta de formação disponível para eles.

Por exemplo, uma revisão sistemática (n = 8; Kaye et al., 2020) do estado atual da formação em comunicação num contexto pediátrico, neste caso limitado à oncologia, refere que, apesar da importância e das características específicas da comunicação no contexto pediátrico, existe pouca literatura sobre o assunto. Em particular, referem que os estudos que descrevem os cursos de formação existentes pouco definem as competências visadas, o que é problemático dada a importância da tríade específica da pediatria. Assim, se esta revisão conclui a comunicação em contexto pediátrico, centra-se na importância de especificar as competências visadas, na inclusão da aprendizagem experimental e na importância de deixar espaço para a autorreflexão e o debriefing. Por último, importa também referir que um grande número de estudos sobre a formação em comunicação pediátrica se centra principalmente nos efeitos positivos em termos de troca de informações e de comunicação relacional com os pais e não com a criança (Ammentorp et al., 2009; Harrington et al., 2007)

Por conseguinte, são necessários mais estudos que envolvam crianças como participantes ativos para avaliar melhor a eficácia da formação em comunicação pediátrica. A este respeito, é interessante olhar para os estudos efectuados para melhorar a empatia com a população adulta. Neste ponto, analisaremos os benefícios da realidade imersiva. De seguida, passaremos à literatura pediátrica.

A utilização da imersão como ferramenta de simulação ⁶

Desde há muitos anos que as chamadas ferramentas de simulação são utilizadas para simular determinadas situações clínicas através de diversos suportes, desde simples jogos de representação de papéis até dispositivos que envolvem ambientes reais ou virtuais complexos. A simulação permite o desenvolvimento de competências técnicas e não técnicas (por exemplo, gestão do stress e do trabalho em equipa) e a preparação para situações específicas (como o trabalho em serviços de urgência, Garber et al., 2024) ou situações raras ou críticas (por exemplo, gestão de catástrofes). A simulação permite assim aos aprendentes prepararem-se para situações que raramente encontram na prática clínica quotidiana. Neste contexto, a simulação digital é uma abordagem inovadora que utiliza a realidade virtual (RV) ou a tecnologia de vídeo 360° (Immersion 360°, I360°) para imergir os alunos num ambiente simulado realista mas se-

⁵ Colaborador : Manon Goosse

⁶ Colaborador : Laurence Peeters

guro. Com a imersão a 360°, os alunos não podem interagir com o ambiente, uma vez que o cenário consiste num vídeo a 360° que pode ser visualizado através de um cartão ou de um ecrã. Na realidade virtual, são utilizados auscultadores e comandos para interagir com um ambiente interativo. Estes métodos são particularmente relevantes para a formação no domínio dos cuidados de saúde, uma vez que permitem recriar situações clínicas e torná-las acessíveis de forma imersiva, incentivando simultaneamente a aprendizagem prática e o pensamento crítico num ambiente seguro.

Utilizar a imersão para ensinar a comunicação empática ⁷

Assiste-se cada vez mais à simulação de determinados sintomas ou de um conjunto de dificuldades, como se pode ver na análise de Goosse (2023). O objetivo da simulação de sintomas ou de situações médicas é ajudar uma pessoa que não está a passar por uma dificuldade/situação a assumir a perspetiva da pessoa que está. O objetivo é favorecer a tomada de consciência da experiência de outra pessoa ou grupo (Bertrand, Guegan, Robieux, McCall, & Zenasni, 2018).

Mais especificamente, isto permite simular dificuldades de saúde específicas (por exemplo, alucinações auditivas; Chaffin & Adams, 2013) ou um conjunto de dificuldades (por exemplo, dificuldades relacionadas com a idade; Pacala, Boulton, Bland, & O'Brien, 1995). Os métodos utilizados para a simulação podem ser diversos, desde simples auriculares (Chaffin & Adams, 2013) a métodos que utilizam tecnologias mais avançadas, como a imersão a 360° (I360°) ou a realidade virtual (RV) (por exemplo, Imersão a 360°, Imm360°: Goosse et al., 2023; Realidade Virtual, RV: Formosa et al., 2018).

Seja qual for o meio, a vantagem das simulações que utilizam ferramentas mais tecnológicas é o facto de permitirem uma imersão multissensorial a um custo mais baixo (Herrera, Bailenson, Weisz, Ogle, & Zak, 2018; Peck, Seinfeld, Aglioti, & Slater, 2013; Shin, 2018). De um modo geral, os estudos realizados até à data revelam resultados encorajadores sobre a empatia das pessoas que participaram na simulação em relação às pessoas que vivem as dificuldades que encarnaram. Por exemplo, um estudo que avalia o impacto da simulação de demência para estudantes de saúde com recurso à RV revela um impacto positivo de dimensão média ($d = .51$; Adefila, Graham, Clouder, Bluteau, & Ball, 2016). Outro estudo relata um tamanho de efeito muito grande na empatia e atitudes que os estudantes de psicologia podem ter em relação a pessoas que sofrem de psicose (Formosa, Morrison, Hill, & Stone, 2018).

No entanto, outros estudos também mostraram que, embora a simulação de dificuldades possa aumentar a empatia, também pode ter um impacto negativo noutras variáveis, como os estereótipos (Brown et al. 2009; Goosse et al., 2023). Estes estudos sugerem que a simulação de dificuldades ou de situações difíceis pode, por si só, não ser suficiente e que pode ser necessário acrescentar outras ferramentas de ensino.

No contexto específico da formação em competência comunicativa, dois estudos recentes revelaram que a imersão seguida de debriefing pode ter um impacto positivo na qualidade da comunicação e na empatia percebida por pacientes simulados de estudantes de psicologia (Goosse et al., 2024); bem como na empatia relatada por estudantes de enfermagem (Goosse et al., 2024).

No que diz respeito à empatia com as crianças, existem ainda poucos estudos até à data. No entanto, em estudos que utilizam a RV em que os participantes são imersos no papel da criança, verificou-se um aumento da compreensão dos professores sobre os sentimentos, as percepções e as necessidades das crianças (Katz, 1999) e da empatia e preocupação das mães

⁷ Colaboradores: Manon Goosse, Sylvie Willems

que foram imersas na pele de uma criança de 4 anos tratada de forma agressiva por um pai virtual (Hamilton-Giachritsis, 2018). Num estudo que utilizou uma breve imersão de 360°, adultos (professores, pais...) foram imersos na pele de uma criança disléxica confrontada com as suas dificuldades de leitura numa biblioteca. Esta experiência aumentou a preocupação dos participantes (Radu et al., 2021). Da mesma forma, estudantes de odontologia que experimentaram uma simulação de RV do ponto de vista de uma criança durante uma visita ao dentista mostraram uma melhoria em várias dimensões. A Escala de Empatia de Jefferson (JSE) foi usada para medir os níveis de empatia antes e depois da intervenção. Os resultados mostraram um aumento significativo nas pontuações de empatia imediatamente após a intervenção, embora este efeito tenha diminuído após três meses. Os estudantes também relataram uma maior confiança na comunicação e interação com as crianças. O estudo conclui que a RV pode ser uma ferramenta eficaz para melhorar a empatia e as competências de auto-perceção na gestão de pacientes pediátricos, mas pode ser necessária uma revisão regular para manter estes benefícios (Hu & Lai, 2022).

Parceria com os doentes e cuidados interdisciplinares ⁸

Passemos agora a um dos principais objectivos da comunicação empática nos cuidados de saúde - a criação de uma verdadeira parceria com o doente.

A interdisciplinaridade é definida como a colaboração entre pessoas de várias disciplinas ou profissões (Buret, 2020). Nesta parceria, é agora recomendada (Pomey, 2015) a inclusão específica de uma nova categoria de profissionais: o doente perito. Os doentes peritos são reconhecidos como peritos na sua vida com a doença (Pomey, 2015); por outras palavras, são peritos na sua própria experiência, e esta experiência é utilizada para a investigação, o ensino ou a gestão clínica. De facto, se olharmos para o número crescente de recomendações na literatura (Cleemput, 2019; OMS, 2013; Pétré, 2018), verificamos que estas vão no sentido de um maior reconhecimento da expertise dos doentes, a vários níveis de decisão. Este reconhecimento visa responder aos múltiplos desafios que os sistemas de saúde enfrentam. A evolução do paradigma dos cuidados mostra que, do «modelo paternalista», em que o papel do médico era central, há muito reconhecido como o modelo dominante, a filosofia de trabalho evoluiu para uma «abordagem centrada no doente». Nesta abordagem, cada profissional tem em conta a opinião e as preferências do paciente. O doente está assim no centro das suas preocupações. Atualmente, esta evolução conduz a uma «parceria de cuidados» (Deschênes et al., 2013). Este modelo exige o abandono de uma abordagem centrada no doente, com o pleno reconhecimento do saber-fazer que implica viver com uma doença crónica. Este reconhecimento coloca o doente como um perito, tal como os outros profissionais.

Um dos principais ingredientes da parceria nos cuidados é, obviamente, a tomada de decisão partilhada, e este ingrediente baseia-se fortemente na comunicação empática que mencionámos anteriormente. Um modelo concetual, o «modelo das três conversas», define a tomada de decisão partilhada como uma abordagem em que os médicos e os doentes partilham as evidências disponíveis quando confrontados com a tarefa de tomar uma decisão, e em que os doentes são apoiados na consideração de diferentes opções para chegarem a uma preferência informada (Elwyn et al., 2010). Este modelo destaca a importância da comunicação centrada em três pontos importantes: escolha, opções e decisão (Elwyn et al., 2012). O primeiro, a discussão da escolha, tem como objetivo realçar a existência da escolha. O segundo ponto, a discussão das opções, centra-se mais especificamente na descrição pormenorizada das diferentes opções, com a verificação da compreensão do doente relativamente a essas opções e às suas consequências pessoais. Finalmente, o terceiro ponto trata da decisão propriamente

⁸ Contributor: Catherine Dans

dita, e tem como objetivo apoiar o doente neste processo. Neste modelo, a tónica principal é, portanto, a prestação de informação ao doente, com um foco paralelo na exploração da perspectiva do doente em cada uma das três etapas, com o objetivo de estar o mais próximo possível dos valores, do contexto de vida e das necessidades do doente (Goosse, 2023).

Atualmente, a parceria com o doente não se limita à colaboração nos cuidados. De facto, envolve diferentes missões (Flora, 2015). Por exemplo, o doente recurso, que pode apoiar outro doente nos seus cuidados. Pode também ser solicitado a dar a sua opinião sobre os procedimentos de cuidados, por exemplo, ao participar nos comités de ética hospitalar. Outro exemplo é o do doente formador, que participa no ensino. Este envolvimento pode ter lugar a vários níveis, desde o desenvolvimento de vinhetas clínicas até à co-construção, co-ensino e co-avaliação do programa de formação (Towle et al., 2010). Por fim, Flora (2015) fala também do doente como co-investigador, ou seja, um doente envolvido na investigação, área em que o doente pode intervir a diferentes níveis: desde a informação sobre a investigação até ao envolvimento na sua conceção e implementação.

Estes diferentes graus de envolvimento são descritos no «continuum de envolvimento do doente» presente no modelo de Montreal (Pomey, 2015). Quando os doentes investigadores trabalham em equipa com outros profissionais, podemos dizer que colaboram de forma interdisciplinar. Esta colaboração pode aumentar a qualidade da investigação.

Como veremos, o objetivo deste projeto é aumentar a parceria nos cuidados através de uma comunicação pediátrica adequada, e insere-se numa abordagem paciente-investigador e paciente-educador.

● Objectivos do projeto

O objetivo do projeto é criar um sistema de e-learning que permita uma primeira familiarização com as competências necessárias para uma boa comunicação abordagem paciente-parceiro, no contexto pediátrico. O programa destina-se a 3 populações de estudantes: psicologia, enfermagem e medicina. A realização deste projeto envolveu várias etapas.

Em primeiro lugar, de acordo com as recomendações da literatura que salientam a importância de definir competências-alvo específicas para a pediatria (Kaye et al., 2020) e a fim de permanecer alinhado com os objectivos da parceria com os doentes, foi construído um quadro de competências utilizando a ronda Delphi, em que os peritos entrevistados eram também crianças.

Em segundo lugar, o material didático foi concebido para tornar o sistema mais atrativo para os alunos, utilizando uma plataforma interactiva para permitir um progresso flexível na aprendizagem das competências. Em seguida, os vídeos que ilustram as competências visadas foram criados utilizando uma câmara de 360°, dando aos alunos uma visão de 360° do ambiente e facilitando-lhes a aquisição da perspetiva do doente.

Por último, em conformidade com as novas recomendações (HAS, 2020), toda a plataforma foi construída por uma equipa interdisciplinar que inclui não só profissionais de saúde, mas também pacientes parceiros, tanto em termos de investigação como de ensino.

A metodologia que se segue descreve as várias etapas da construção desta plataforma para garantir a reprodutibilidade.

● Metodologia do projeto

Construir um quadro de comunicação específico para o contexto pediátrico: o método Delphi ⁹

Para construir o nosso repositório de competências de comunicação em pediatria, optámos pelo método Delphi, que permite chegar a um consenso entre um grupo de peritos (Dalkey & Helmer, 1962). Esta metodologia combina uma abordagem interprofissional com um paradigma de parceria doente-investigação. Para recordar, o modelo de Montreal (Pomey, 2015) afirma que os profissionais de saúde são os peritos na doença, enquanto os doentes são considerados os peritos em «viver com» a doença, por outras palavras, os peritos na experiência vivida. Esta visão, embora não específica da pediatria, destaca a riqueza do conhecimento experiencial dos doentes e das suas famílias, que desempenham um papel essencial na co-construção da competência de comunicação, com especificidades e desafios únicos.

Se transpusermos este paradigma para a pediatria, isso significa envolver tanto as crianças como os familiares cuidadores, para melhor compreender as suas expectativas em termos de comunicação com os profissionais de saúde. A aplicação deste modelo envolve vários elementos:

- Enquanto pacientes, as crianças são interlocutores diretos, mas as suas necessidades de comunicação mudam em função da sua idade, do seu desenvolvimento psicológico e cognitivo e da sua compreensão da doença.
- Os pais, como principais interlocutores, oferecem uma perspetiva única sobre as estratégias de comunicação que facilitam a vida quotidiana e reduzem a ansiedade dos cuidados.

Neste contexto, o material para a ronda Delphi teve de responder ao desafio de integrar estas múltiplas perspetivas, adaptando a linguagem e as perguntas de modo a serem compreensíveis e relevantes para todos os participantes, quer fossem profissionais de saúde, pais ou crianças. Para garantir que a linguagem era adequada, foram efectuados pré-testes com duas crianças de 11 e 13 anos. Na sequência destes pré-testes, os itens que colocavam dificuldades foram reescritos.

Recrutamento de participantes e adaptação dos meios de comunicação

O recrutamento de participantes para uma ronda Delphi envolvendo grupos tão diversos representa um desafio metodológico. O principal objetivo do recrutamento era obter um painel representativo e interprofissional. De facto, um dos objectivos era reunir um painel equilibrado entre os diferentes profissionais de saúde visados pelo sistema educativo (médicos, enfermeiros, psicólogos), a fim de captar a diversidade de perspetivas e evitar um preconceito ligado a uma única disciplina. Era também essencial envolver as crianças e os pais nesta equipa interprofissional. Isto exigiu uma estratégia específica para garantir que os participantes se sentissem confortáveis e representados.

A comunicação com as crianças foi simplificada e tornada divertida para facilitar o seu envolvimento, enquanto a comunicação com os pais sublinhou os seus conhecimentos essenciais na gestão quotidiana da doença dos seus filhos. Foi dada uma atenção especial à composição dos grupos, de modo a garantir a independência das respostas. Os pais e as crianças que participa-

⁹ Contributor: Stéphane Munk

ram no estudo não pertenciam à mesma família. Esta precaução metodológica teve como objetivo minimizar o risco de os pais influenciarem as respostas das crianças, permitindo a cada um exprimir-se livremente de acordo com a sua experiência pessoal e percepção individual da comunicação pediátrica.

No total, foram necessárias duas rondas Delphi. Para se chegar a um consenso, as discussões foram estruturadas de forma a encorajar pontos de vista complementares, sublinhando que as competências de comunicação são enriquecidas pela fertilização cruzada, e a presença de peritos em doentes no painel ajudou a reforçar o objetivo destas orientações: melhorar a comunicação para responder às necessidades dos doentes jovens e das suas famílias, de acordo com o paradigma da parceria com o doente.

A ronda Delphi, realizada neste quadro interprofissional e de parceria, permitiu a co-construção de um quadro de referência de competências que integra a especificidade da comunicação pediátrica, respeitando os conhecimentos de cada um dos actores envolvidos. O método Delphi, enriquecido pelo modelo de parceria com os pacientes, favoreceu a colaboração entre os especialistas da doença e os especialistas da experiência, ultrapassando simultaneamente os desafios éticos e de recrutamento inerentes a esta abordagem inovadora do ensino e da investigação. As diretrizes completas estão disponíveis em <https://immersion360.eu/platform/fr/>.

Construir a simulação

O conceito de paciente parceiro na formação dos aprendentes de cuidados de saúde baseia-se tradicionalmente na participação ativa de pacientes reais no processo de formação dos profissionais de saúde. Ao contrário dos doentes simulados ou padronizados, que desempenham um papel fictício durante a simulação, os doentes parceiros são pessoas reais que partilham a sua experiência real da doença, do hospital e dos cuidados que recebem. Em conformidade com esta parceria com os pacientes, neste projeto, a colaboração com os pacientes parceiros foi levada a cabo desde a fase de conceção até à simulação propriamente dita. Os aspectos desta colaboração foram organizados da seguinte forma.

A colaboração foi efectuada com uma doente-especialista menor (13 anos), especialista na sua experiência de crescimento com a doença, acompanhada pela sua mãe. Esta dupla escolha baseia-se no objetivo pedagógico visado pelos cenários, ou seja, melhorar a comunicação em pediatria. A participação desta doente especialista e da sua cuidadora foi organizada em diferentes etapas, que discutiremos de seguida

Criar o guião¹⁰

Concretamente, a paciente-parceira e a sua mãe começaram por partilhar as suas experiências da doença, a sua história, as suas experiências de cuidados e as dificuldades encontradas na sua relação com os profissionais. Este último ponto foi particularmente explorado, uma vez que estava ligado aos objectivos pedagógicos do cenário, e foram explorados elementos como as atitudes, as expressões e as técnicas úteis ou difíceis utilizadas pelos profissionais durante os momentos de comunicação.

Na sequência destas várias discussões, foram elaboradas vinhetas clínicas (um cenário com um enfermeiro, um psicólogo e um médico), com base (1) nas suas experiências e (2) nos ob-

¹⁰ Contribuição : Catherine Dans

jectivos educativos visados no projeto.

Os objectivos de ensino foram definidos de acordo com o quadro de competências desenvolvido através da ronda Delphi. Os cenários foram redigidos sob a forma de diálogos que ilustram os elementos da competência comunicativa identificados no quadro de referência. Nos diálogos, estas competências foram ilustradas de forma adequada ou inadequada, a fim de suscitar a reflexão dos alunos. Posteriormente, os debriefings (ver abaixo) tiveram como objetivo clarificar quais os elementos da comunicação que eram inadequados ou que faltavam.

Uma vez redigidos os cenários, estes foram apresentados à doente especialista para que ela pudesse completar os elementos em falta, de modo a ilustrar as competências visadas pelos objectivos pedagógicos. O objetivo era criar um equilíbrio entre a representatividade dos cenários em relação à sua experiência e os objectivos educacionais visados.

É de salientar que a pessoa que cuida da filha também esteve presente nas várias reuniões. As suas experiências e necessidades em termos de apoio à sua filha foram, portanto, tidas em conta na construção dos cenários.

Vídeo da sessão de simulação ¹¹

Neste projeto, optámos pela imersão a 360°, que evita a programação dispendiosa de um ambiente virtual interativo. No entanto, existem algumas limitações à utilização da imersão a 360°. Estas incluem, obviamente, a tecnologia e o seu custo. No entanto, as câmaras de 360° estão cada vez mais disponíveis e serão cada vez menos um obstáculo para as instituições ou centros de simulação. O realismo das interações é menor do que na RV. Com efeito, apesar de o ambiente imersivo permitir um elevado grau de realismo porque envolve vídeo, não é possível qualquer interação direta com os pacientes ou com o clínico simulado devido a limitações tecnológicas. Os alunos podem observar reacções autênticas, mas não podem interagir para influenciar o desenrolar do cenário, o que pode limitar a experiência de aprendizagem em termos de prática de competências de interação clínica. Outra limitação é o ciber-mal-estar. Alguns participantes podem sentir um certo desconforto, o que pode dificultar a sua experiência de imersão. Poderá ser necessário um período de adaptação para que os utilizadores se sintam confortáveis no ambiente virtual.

É igualmente crucial adaptar o ambiente de simulação às especificidades da pediatria, quer em termos de equipamento médico, quer em termos de disposição dos espaços, a fim de garantir uma experiência imersiva e realista para os alunos.

Neste projeto, a câmara de 360° foi estrategicamente posicionada entre o doente e o médico simulado, de modo a permitir uma mudança de ponto de vista (e permitir que o médico ou o doente fossem examinados). Em termos concretos, o cenário decorreu num quarto de hospital, com o doente na cama e a mãe sentada ao seu lado. Um médico entrou no quarto e a câmara foi posicionada a meio caminho entre a doente e o médico.

Avaliação ¹²

Como parte do projeto e seguindo as recomendações da literatura (Kaye et al., 2020), um dos elementos na construção da plataforma foi permitir que os alunos auto-reflectissem e fizessem um debriefing sobre o cenário observado.

¹¹ Colaboradores: Laurence Peeters e Sylvie Lovulo

¹² Colaborador : Luigi Flora

Para o efeito, cada equipa de membros produziu uma vinheta de debriefing que visava uma das competências do quadro de competências.

A criação de cenários de debriefing visou as manifestações observáveis de cada capacidade. Os diferentes cenários foram analisados com base em cada capacidade, destacando os elementos que foram corretamente implementados no vídeo, os que não estavam presentes, propondo exemplos que ilustram como essas competências poderiam ter sido mobilizadas e, finalmente, visando as competências que foram mobilizadas de forma inadequada ou incompleta. Os debriefings basearam-se nas boas práticas identificadas na literatura (Rudolph, 2007).

O objetivo destes debriefings, que são incluídos na plataforma sob a forma de um videoclip de 5-10 minutos, é permitir aos estudantes identificar e observar a forma como os comportamentos de comunicação podem ser postos em prática, de modo a criar uma reflexão sobre a especificidade da pediatria.

Algumas recomendações para orientar a criação de uma experiência imersiva ¹³

O encarte abaixo mostra algumas das diretrizes para a criação deste tipo de simulação ¹⁴

¹³ Colaborador : Laurence Peeters

¹⁴ Colaboradores : Laurence Peeters et Sylvie Lovulo

Caixa 1: Criar uma simulação de 360°

Para o desenvolvimento de cenários, vários autores propuseram estruturas que incluem diferentes etapas. Por exemplo, a última versão do quadro de referência SoFraSims (Société Francophone en Simulation en santé) propõe esquemas de cenários para a imersão clínica, nomeadamente para as simulações que envolvem um doente simulado. Estas diretrizes podem ser livremente adaptadas para responder a necessidades específicas.

Neste sentido, eis alguns ingredientes e documentos pedagógicos que podem ser associados a uma simulação 360°:

Antecedentes do cenário

Este formulário administrativo pode incluir informações de base, tais como :

- A duração da sessão de simulação
- O pessoal envolvido (profissionais de saúde, professores)
- O ambiente de simulação (sala, equipamento)
- A faixa etária do doente (por exemplo, uma criança de 11 a 13 anos com uma doença crónica, como no projeto Simucare-Immersion)

Ficha de objectivos pedagógicos

Estes devem ser definidos em relação direta com as competências a adquirir pelos aprendentes, tais como :

- Saber como comunicar com uma criança com uma doença crónica
- Reconhecer e aprender a gerir as emoções nos cuidados pediátricos

Criar o guião

Os objectivos de ensino e o cenário devem estar diretamente ligados à história pessoal do paciente parceiro (por exemplo, inspirando-se em encontros médicos satisfatórios ou insatisfatórios) e definidos em função das necessidades dos alunos, tal como recomendado pelos formadores de professores de simulação. A participação do paciente parceiro deve, portanto, começar a partir do momento em que são criados os cenários nos quais ele encarna o seu próprio papel, a fim de proporcionar uma experiência real. A inclusão de um clínico simulado no cenário é igualmente essencial. Este clínico simulado e a situação planeada devem assumir certas características de situações da vida real.

Para co-construir o cenário com o doente parceiro, é organizada uma entrevista para recolher informações essenciais sobre a sua experiência de cuidados (incluindo as emoções), as interações com os prestadores de cuidados e os aspectos comportamentais que observou e vivenciou. Estes elementos servem de base para o desenvolvimento de um cenário relevante e autêntico.

Escolha do parceiro do doente

A escolha do parceiro do paciente pediátrico é essencial. Este deve ser capaz de comunicar eficazmente e desempenhar o seu próprio papel durante a sessão de simulação.

Informação ao doente parceiro e ao médico simulado antes da simulação

A criança, enquanto parceiro do doente, e o seu acompanhante próximo devem ser informados de forma adequada. Esta informação deve ser adaptada às necessidades específicas da criança. É essencial discutir a atitude, o comportamento e as reacções da criança para garantir que a sessão decorra sem problemas. Também pode ser importante reiterar as atitudes dos clínicos simulados à luz da experiência do paciente parceiro. A informação dos profissionais de saúde é, portanto, também essencial. Estes devem interpretar as emoções, atitudes, comportamentos e palavras dos clínicos, tal como descrito no cenário co-construído com o parceiro.

Filme da sessão de simulação

Deve ser estruturado em torno de eventos desencadeadores que permitam avaliar a competência-alvo, neste caso, as competências comunicativas em pediatria. Por outras palavras, situações ou acções específicas que provocam uma reacção dos participantes (os aprendentes). Estes eventos são planeados para avaliar a forma como os participantes comunicam com os pacientes pediátricos (crianças) e os seus familiares. A câmara de 360° pode ser estrategicamente posicionada entre o doente e o médico para permitir uma mudança de ponto de vista (e para permitir olhar para o médico ou olhar para o doente).

Preparar o aprendente :

A simulação deve ser acompanhada de vários materiais para o aluno, tais como :

- Documentos a fornecer ao formando antes da simulação (fichas médicas fictícias, fichas pedagógicas)
- Descrição do ambiente de simulação (por exemplo, quarto de hospital pediátrico)
- Uma **sessão de informação prévia** para informar os alunos sobre o contexto e os objectivos do cenário.

Critérios de qualidade do guião

As recomendações éticas e de boas práticas emitidas pela HAS (2023) sublinham **o respeito pela ética e o apoio ao doente-parceiro**. É essencial respeitar os princípios bioéticos, nomeadamente a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça distributiva. É imperativo assegurar que o **paciente-parceiro** se sinta confortável durante toda a simulação e que os objectivos pedagógicos sejam atingidos. Durante todo o processo, é essencial respeitar a história pessoal do **paciente parceiro**, bem como a do seu cuidador próximo.

● Avaliação da plataforma

Após a conclusão da plataforma pelos participantes dos vários domínios, foi aplicado um questionário para avaliar a satisfação dos participantes com a plataforma de e-learning e a sua utilização.

Foi igualmente aplicado um questionário antes e depois da ação, a fim de observar a melhoria dos conhecimentos em relação às competências do quadro de referência.

Resultados ¹⁵

Dados sócio-demográficos

Os resultados que se seguem apresentam, em primeiro lugar, as informações sociodemográficas dos participantes e, em seguida, descrevem o seu nível de satisfação relativamente a diversas variáveis. No total, 100 pessoas utilizaram a plataforma, mas apenas 53 participantes preencheram o questionário final.

O quadro seguinte apresenta o número de participantes por país.

País	Frequência	Porcentagem
Bélgica	23	43.4
Portugal	21	39.6
Roménia	7	13.2
Outros	2	3.8
Total	53	100.0

Assim, 43,4% dos participantes eram oriundos da Bélgica, 39,6% de Portugal, 13,2% da Roménia e 3,8% de outros países. Para além disso, 81,1% (N = 43) eram mulheres e 18,9% eram homens (N = 10).

Em termos de percursos de formação, a maioria eram estudantes de enfermagem.

¹⁵ Colaborador: Codruta Popescu

Formação	Frequência	Percentagem
Cuidados de enfermagem	38	68
Psicologia	6	11
Medicina	3	55
Outros	9	16
Total	53	100.0

Destes participantes, 79,3% (N = 42) nunca tinham efectuado um estágio em pediatria, 7,5% tinham efectuado um estágio (N = 4) e 13,2% tinham efectuado vários estágios (N = 7).

Em termos de experiência anterior com uma plataforma de e-learning, 39,% dos participantes já tinham sido confrontados com este tipo de aprendizagem (N = 21), enquanto 60,4% (N = 32) nunca o tinham feito

Ao ver o vídeo de 360°, apenas 17% dos participantes utilizaram óculos de realidade virtual (N = 9), em comparação com 83% que o viram utilizando um computador ou um smartphone (N = 44).

Satisfação com a utilização da plataforma

No que diz respeito à clareza da navegação na plataforma, cujas respostas são apresentadas no quadro seguinte, a maioria dos inquiridos (90,6%) concordou ou concordou ligeiramente que as instruções de navegação na plataforma eram claras.

Uma minoria (3,8%) discordou desta afirmação e 3,8% mostraram-se neutros. Estes resultados sugerem que a maioria dos utilizadores considera que as instruções de navegação são claras, o que pode contribuir para uma utilização eficaz da plataforma.

As instruções de navegação são claras	Frequência	Percentagem
Discordância total	2	3.8
Discordo um pouco	1	1.9
Neutro	2	3.8
Concordo um pouco	17	32.1
Concordo plenamente	31	58.5
Total	53	100.0

Quanto à facilidade de navegação na plataforma, também aqui a maioria dos participantes, pelo menos, «tende a concordar» com esta facilidade de utilização (88,7%). A interface parece, portanto, intuitiva e fácil de utilizar.

Navegação fácil e intuitiva	Frequência	Percentagem
Discordância total	0	0
Discordo um pouco	4	7.5
Neutro	2	3.8
Concordo um pouco	18	34.0
Concordo plenamente	29	54.7
Total	53	100.0

Foi então perguntado aos utilizadores se consideravam que a plataforma poderia ser uma mais-valia para a sua formação. O quadro mostra que a maioria dos inquiridos (83,1%) considera que a plataforma é uma mais-valia para o seu programa de formação. Uma percentagem de 15,1% expressou uma opinião neutra, enquanto uma minoria muito pequena (1,9%) «discorda bastante». Estes resultados indicam que a maioria dos inquiridos considera a plataforma um complemento interessante para o seu programa de formação.

A plataforma é uma vantagem	Frequência	Percentagem
Discordância total	0	0
Discordo um pouco	1	1.9
Neutro	8	15.1
Concordo um pouco	18	34.0
Concordo plenamente	26	49.1
Total	53	100.0

Apesar da diversidade dos cursos, o quadro seguinte mostra que a maioria dos inquiridos (88,7%, ou seja, 45,3% «Concordo ligeiramente» e 43,4% «Concordo fortemente») considera que os conteúdos fornecidos pela plataforma estão adaptados ao seu nível de conhecimentos ou de formação. Uma percentagem moderada (11,3%) manifestou uma opinião neutra e nenhum participante discordou. Estes resultados sugerem que o conteúdo no seu conjunto está alinhado com o nível de aprendizagem dos utilizadores.

O quadro seguinte mostra que a maioria dos inquiridos (88,7%) considera que os conteúdos fornecidos pela plataforma estão adaptados ao seu nível de conhecimentos ou formação, ape-

sar da diversidade de perfis. Uma percentagem moderada (11,3%) exprimiu uma opinião neutra e nenhum participante discordou. Estes resultados sugerem que o conteúdo é amplamente considerado como estando alinhado com o nível de aprendizagem dos utilizadores, facilitando assim a sua aprendizagem.

O conteúdo é adaptado ao meu nível	Frequência	Percentagem
Discordância total	0	0
Discordo um pouco	0	0
Neutro	6	11.3
Concordo um pouco	24	45.3
Concordo plenamente	23	43.4
Total	53	100.0

O quadro seguinte mostra que a grande maioria dos inquiridos (94,3%) considerou que o conteúdo fornecido pela plataforma de aprendizagem era suficientemente abrangente. Uma minoria (5,7%) exprimiu uma opinião neutra e nenhum participante manifestou qualquer desacordo sobre este assunto. Por conseguinte, o conteúdo da plataforma parece ser amplamente considerado como suficientemente completo.

O conteúdo é suficientemente abrangente	Frequência	Percentagem
Discordância total	0	0
Discordo um pouco	0	0
Neutro	3	5.7
Concordo um pouco	28	52.8
Concordo plenamente	22	41.5
Total	53	100.0

Uma minoria dos participantes tinha efectuado um estágio profissional (21%), mas considerou que a plataforma de aprendizagem respondia a uma necessidade sentida durante um estágio profissional ou uma sessão de simulação. Uma percentagem significativa (35,8%) exprimiu uma opinião neutra, enquanto uma minoria (5,7%) considerou que o conteúdo não satisfazia as suas necessidades. Estes resultados sugerem que, embora o conteúdo seja geralmente considerado útil, uma percentagem significativa de participantes continua hesitante ou indecisa sobre o assunto.

O conteúdo satisfaz uma necessidade	Frequência	Percentagem
Discordância total	2	3.8
Discordo um pouco	1	1.9
Neutro	19	35.8
Concordo um pouco	21	39.6
Concordo plenamente	10	18.9
Total	53	100.0

Em seguida, no que diz respeito à transferibilidade das aprendizagens na prática, como mostra o quadro seguinte, a maioria dos inquiridos (81,1%) considerou que as suas aprendizagens eram facilmente transferíveis durante as actividades de simulação e/ou de estágio. 18,9% exprimiram uma opinião neutra e nenhum inquirido discordou. Estes resultados indicam que as aprendizagens adquiridas são largamente consideradas como aplicáveis e pertinentes em situações práticas.

A minha aprendizagem é facilmente transferível para a prática	Frequência	Percentagem
Discordância total	0	0
Discordo um pouco	0	0
Neutro	10	18.9
Concordo um pouco	27	50.9
Concordo plenamente	16	30.2
Total	53	100.0

No que diz respeito à utilização autónoma da plataforma, o quadro seguinte mostra que a maioria dos estudantes (90,6%) considerou que a utilização livre e autónoma da plataforma facilitou o seu processo de aprendizagem. Uma minoria de participantes (3,8%) discordou e 5,7% expressaram uma opinião neutra. Estes resultados indicam que a autonomia e a flexibilidade oferecidas pela plataforma são amplamente apreciadas e consideradas como uma mais-valia para a aprendizagem.

A utilização da plataforma de forma autónoma facilitou a minha aprendizagem.	Frequência	Percentagem
Discordância total	0	0
Discordo um pouco	2	3.8
Neutro	3	5.7
Concordo um pouco	24	45.3
Concordo plenamente	24	45.3
Total	53	100.0

No que diz respeito à utilidade mais específica do quadro de competências, a grande maioria dos inquiridos (90,6%) considerou que o quadro é útil para a aprendizagem da comunicação em pediatria. Apenas 1,9% dos participantes discordaram e 7,5% adoptaram uma posição neutra. Estes resultados sugerem que o repositório é amplamente considerado como uma ferramenta relevante para apoiar a aprendizagem desta competência

O sistema de referência é útil	Frequência	Percentagem
Discordância total	0	0
Discordo um pouco	1	1.9
Neutro	4	7.5
Concordo um pouco	23	43.4
Concordo plenamente	25	47.2
Total	53	100.0

No que diz respeito à utilidade do pre-post como apoio à aprendizagem, a maioria dos estudantes (75,5%) considera que pode ser um apoio. Uma percentagem de 20,8% exprimiu uma opinião neutra, enquanto 3,8% «discordam bastante».

A modalidade de pré e pós-teste é uma vantagem	Frequência	Porcentagem
Discordância total	0	0
Discordo um pouco	2	3.8
Neutro	11	20.8
Concordo um pouco	18	34.0
Concordo plenamente	22	41.5
Total	53	100.0

No que respeita ao tempo necessário para completar o pré-teste, uma maioria relativa de participantes (73,5%) considerou que o tempo concedido para completar o pré-teste e o pós-teste era razoável. Uma minoria de participantes (5,7%) discordou, enquanto 20,8% expressaram uma opinião neutra.

O tempo concedido é razoável	Frequência	Porcentagem
Discordância total	0	0
Discordo um pouco	3	5.7
Neutro	11	20.8
Concordo um pouco	20	37.7
Concordo plenamente	19	35.8
Total	53	100.0

A grande maioria dos inquiridos (94,3%) concordou que o vídeo imersivo proposto era adequado para promover a aprendizagem. Uma minoria muito pequena (1,9%) discordou e 3,8% adoptaram uma posição neutra. Estes resultados mostram que o vídeo imersivo é visto como uma ferramenta relevante para o ensino desta competência.

O vídeo imersivo visualizado é adequado para a aprendizagem de competências de comunicação	Frequência	Percentagem
Discordância total	0	0
Discordo um pouco	1	1.9
Neutro	2	3.8
Concordo um pouco	29	54.7
Concordo plenamente	21	39.6
Total	53	100.0

No que diz respeito à propensão do vídeo imersivo para gerar emoções, a tabela abaixo ilustra que a maioria dos inquiridos (58,5%) acredita que o vídeo imersivo visualizado gera emoções. No entanto, uma proporção significativa de participantes (26,4%) expressou uma opinião neutra, enquanto 15,1% «discordam bastante». Estes resultados sugerem que, embora o vídeo imersivo tenha gerado emoções para a maioria dos participantes, este não foi o caso para uma proporção significativa de inquiridos.

A visualização imersiva de vídeos permite-lhe sentir as emoções	Frequência	Percentagem
Discordância total	0	0
Discordo um pouco	8	15.1
Neutro	14	26.4
Concordo um pouco	24	45.3
Concordo plenamente	7	13.2
Total	53	100.0

O quadro mostra que a maioria dos inquiridos (83%») considera que o vídeo imersivo visualizado é uma mais-valia para a aprendizagem de competências de comunicação. Apenas 17% dos participantes têm uma opinião neutra e nenhum discorda. Estes resultados mostram que o vídeo imersivo é percebido de forma muito positiva como uma ferramenta de ensino para o desenvolvimento destas competências.

O vídeo imersivo é uma vantagem	Frequência	Porcentagem
Discordância total	0	0
Discordo um pouco	0	0
Neutro	9	17.0
Concordo um pouco	22	41.5
Concordo plenamente	22	41.5
Total	53	100.0

O quadro seguinte mostra que a maioria dos inquiridos (83%) considera que o tempo necessário para a aprendizagem eletrônica é gerível. Uma minoria de participantes (1,9%) discordou, enquanto 15,1% se mostraram neutros.

O tempo é gerível	Frequência	Porcentagem
Discordância total	0	0
Discordo um pouco	1	1.9
Neutro	8	15.1
Concordo um pouco	25	47.2
Concordo plenamente	19	35.8
Total	53	100.0

Impacto da plataforma nos conhecimentos dos participantes ¹⁶

As avaliações que se seguem foram efectuadas apenas numa parte da amostra, em função da validade dos dados em causa. A amostra era constituída por 8 estudantes de psicologia, 54 estudantes de enfermagem e 2 estudantes de medicina. O impacto da formação nos conhecimentos dos participantes sobre a comunicação pediátrica foi analisado por competência, utilizando ANOVA de medidas repetidas. Quando foi observado um efeito da formação, foram efectuadas análises post-hoc para avaliar o impacto nos diferentes grupos de estudantes (enfermagem, medicina, psicologia).

Competência 1 - Estabelecer

Competência 1	PRE - M (ET)	POST - M (ET)
Médicos estudantes (N =2)	8.5 (12)	50 (24)
Estudantes de psicologia (N = 8)	10.5 (12.4)	45.9 (27.8)
Estudantes de enfermagem (N = 54)	39.8 (22.8)	44.8 (26.3)

Notas. M = média; DP = desvio padrão.

Relativamente aos conhecimentos dos alunos sobre esta primeira competência, podemos observar um efeito do e-learning ($F = 9,46$; $p = 0,003$), bem como uma interação entre os grupos ($F = 4,21$; $p = 0,009$). As análises post-hoc revelaram uma melhoria significativa apenas no grupo de estudantes de psicologia ($t = -3,46$; $p = 0,019$). A falta de efeito observada nos médicos deveu-se ao pequeno número de participantes. A ausência de efeito para o grupo de enfermagem pode dever-se ao bom desempenho na avaliação inicial antes da formação.

Competência 2 - «Estabelecer uma relação de confiança»

Habilidade 2	PRE - M (ET)	POST - M (ET)
Médicos estudantes (N =2)	33.5 (47.4)	75 (11.3)
Estudantes de psicologia (N = 8)	31.3 (20.8)	50 (28.1)
Estudantes de enfermagem (N = 54)	62 (23.9)	66.4 (25.2)

Notas. M = média; DP = desvio padrão.

No que respeita ao conhecimento dos alunos sobre a competência «estabelecer uma relação de confiança», observou-se uma melhoria significativa ($F = 9,66$; $p = 0,003$) sem efeito no grupo ($F = 1,66$; $p = 0,183$), o que significa que esta melhoria foi estatisticamente semelhante em todos os grupos de alunos.

Competência 3: Construir uma compreensão partilhada

Habilidade 3	PRE - M (ET)	POST - M (ET)
Médicos estudantes (N =2)	66.5 (23.3)	50 (24.0)
Estudantes de psicologia (N = 8)	29.3 (29.3)	39.5 (33.3)
Estudantes de enfermagem (N = 54)	33.4 (30.3)	35.5 (33.6)

Notas. M = média; DP = desvio padrão..

Não se observaram alterações significativas nos conhecimentos dos alunos sobre a competência «Construir uma compreensão partilhada» ($F = 7,9e-4$; $p = 0,979$).

¹⁶ Contributor: Sylvie Willems

Competência 4 - Tomar uma decisão partilhada

Habilidade 4	PRE - M (ET)	POST - M (ET)
Médicos estudantes (N =2)	50 (70.7)	100 (0)
Estudantes de psicologia (N = 8)	45.8 (44.3)	81.4 (30)
Estudantes de enfermagem (N = 54)	85.2 (22.8)	88.3 (20.3)

Notas. M = média; DP = desvio padrão.

No que diz respeito aos conhecimentos dos alunos sobre a competência 4, podemos observar um efeito do e-learning ($F = 21,72$; $p < .001$), bem como uma interação entre os grupos ($F = 5,75$; $p = .001$). Embora se tenham registado melhorias nos três grupos, as análises post-hoc revelaram uma melhoria significativa apenas no grupo de estudantes de psicologia ($t = -3,966$; $p = 0,004$). A falta de efeito observada nos médicos está relacionada com o pequeno número de participantes. A ausência de efeito para o grupo de enfermagem pode dever-se ao bom desempenho da avaliação inicial antes da formação.

Competência 5 - Informar o fim do jogo

Não se registaram alterações significativas nos conhecimentos dos alunos sobre a competência «Informar sobre o fim da reunião» ($F = 2,36$; $p = 0,129$).

Habilidade 5	PRE - M (ET)	POST - M (ET)
Médicos estudantes (N =2)	66.5 (23.3)	83 (0)
Estudantes de psicologia (N = 8)	39.6 (17.7)	45.8 (36.5)
Estudantes de enfermagem (N = 54)	47.9 (18.4)	51.6 (25.7)

Notas. M = média; DP = desvio padrão.

Discussão

O objetivo da discussão que se segue é sugerir várias pistas de reflexão e de melhoria, para que futuros projectos de investigação possam reproduzir ou alargar os métodos de trabalho implementados durante este projeto. Está organizada em quatro pontos principais. Os dois primeiros tratam de pontos relacionados com a metodologia do projeto: a utilização da ronda Delphi e a inclusão do paciente parceiro; e os dois últimos tratam dos resultados: em primeiro lugar, a satisfação dos participantes com a plataforma e, em segundo lugar, a eficácia da plataforma na aprendizagem das competências comunicativas visadas no quadro de competências.

A ronda de Delfi ¹⁷

Questões éticas da ronda Delphi

O envolvimento de crianças e famílias na investigação em colaboração levanta questões éticas específicas, que foram cuidadosamente consideradas:

- **Respeito pela voz do doente:** As crianças e os pais devem poder partilhar livremente as suas experiências e expectativas sem se sentirem julgados ou influenciados pela presença de profissionais de saúde. O quadro metodológico da ronda Delphi foi adaptado para garantir um espaço de discussão seguro que respeite estas diferenças de experiência.
- **Consentimento informado e adaptação dos materiais de informação:** Cada grupo que participou na ronda Delphi (profissionais, pais, crianças) recebeu uma carta de informação personalizada. A carta para as crianças, por exemplo, utilizou uma linguagem simples e ilustrativa para as ajudar a compreender o seu papel na investigação e convidá-las a partilhar os seus sentimentos. Para os pais, foi dada especial atenção à importância da sua experiência em «viver com», e para os profissionais, a carta explica o seu papel de apoio na melhoria da comunicação em pediatria.

Limitações do método Delphi e complementos metodológicos

Embora o método Delphi seja inestimável para a obtenção de consensos, tem algumas limitações no contexto pediátrico e interprofissional. Foram encontradas as seguintes limitações e identificadas diferentes perspectivas

A primeira limitação é a complexidade das expectativas e as nuances da comunicação pediátrica. Uma ronda Delphi baseada num quadro de referência escrito nem sempre capta todas as subtilezas das interações, especialmente em situações em que a comunicação não verbal ou os sinais de desconforto das crianças são importantes. Por conseguinte, pode ser útil complementar a ronda Delphi com ferramentas metodológicas como entrevistas qualitativas para obter uma compreensão mais profunda do feedback das crianças e de qualquer hesitação que possam ter em expressar críticas ou pontos de desacordo.

A segunda limitação diz respeito à escolha da faixa etária das crianças. A decisão de incluir crianças com idades compreendidas entre os 11 e os 13 anos baseou-se na sua capacidade de compreender e formular respostas reflectidas sobre a sua experiência de comunicação com os profissionais de saúde. Esta faixa etária é muitas vezes considerada como uma idade crucial, em que as crianças começam a expressar autonomamente as suas necessidades e expectativas, bem como a ser capazes de verbalizar as suas experiências. No entanto, esta escolha tem

¹⁷ Contributor: Stéphane Munk

limites, uma vez que as necessidades de comunicação variam consideravelmente consoante a idade. As competências de comunicação necessárias para as crianças mais novas (menos de 11 anos), por exemplo, ou para os adolescentes mais velhos (mais de 13 anos) podem não ter sido totalmente captadas neste estudo, apesar da vigilância dos profissionais de saúde. Para ultrapassar esta dificuldade, poderiam ser utilizados adicionalmente outros instrumentos metodológicos, tais como grupos de discussão adequados à idade, em particular para as crianças mais novas, utilizando grupos de discussão lúdicos que incorporem actividades interactivas, tais como desenhos, dramatizações ou situações de role-playing. Para as crianças mais novas, cujas capacidades verbais são ainda limitadas, a observação direta durante interações reais ou simuladas com profissionais de saúde pode fornecer informações valiosas. A análise do comportamento não verbal (expressões faciais, gestos) pode identificar indicadores-chave de conforto ou desconforto na comunicação.

A parceria com os doentes ¹⁸

O envolvimento do paciente-parceiro foi desenvolvido a vários níveis no âmbito deste projeto de investigação pedagógica.

O objetivo era o envolvimento de um paciente investigador para permitir a reflexão e «construir em conjunto» (D.C.P.P., 2014) uma plataforma de aprendizagem que permitisse aos estudantes posicionarem-se numa «parceria no cuidado».

Em termos concretos, colaborámos com um investigador adulto doente, que participa em muitos projectos de investigação e que nos deu o ponto de vista de um doente sobre as escolhas que estávamos a fazer e as direcções que o trabalho de investigação estava a tomar. De seguida, construámos o quadro de competências, incluindo crianças doentes e pais na ronda Delphi. Finalmente, utilizámos um doente pediátrico e o seu cuidador próximo para desenvolver os cenários e filmá-los.

Esse trabalho em parceria na pesquisa foi possível pela adoção, por todas as partes envolvidas, de uma postura de parceria. De acordo com Deschênes et al (2013), essa parceria assume a forma de uma relação de cooperação/colaboração entre o paciente e os envolvidos. Insere-se num processo dinâmico de interação e aprendizagem. Esta parceria baseia-se no reconhecimento dos saberes de todas as partes (Deschênes et al., 2014).

A plataforma de aprendizagem

Satisfação com a utilização da plataforma ¹⁹

A plataforma de ensino e aprendizagem da comunicação em contexto pediátrico foi avaliada por estudantes de enfermagem, medicina e psicologia em termos de ergonomia e facilidade de utilização. Mais especificamente, a satisfação dos estudantes foi avaliada em várias dimensões: a ergonomia, o aspeto visual, a facilidade de navegação, o conteúdo pedagógico e o material utilizado (vídeos 360°). As opiniões expressas reflectem principalmente as de estudantes de enfermagem do sexo feminino, sem experiência de ensino clínico pediátrico e sem experiência anterior de utilização de plataformas de ensino-aprendizagem.

A plataforma foi identificada pelos estudantes como uma mais-valia para a aprendizagem de competências de comunicação em contexto pediátrico. A perceção geral é que é fácil e intuitiva,

¹⁸ Contribuição: Catherine Dans

¹⁹ Contribuição: Luis Batala

com instruções claras, permitindo aos alunos utilizar e aprender de forma autónoma e flexível. O conteúdo didático é considerado adequado ao nível de formação dos alunos e abrangente, o que não é alheio à participação dos cuidadores e das crianças na construção do material didático, uma participação cada vez mais valorizada neste domínio (Kohlsdorf & Junior, 2016). É necessário recolher mais dados antes de se poderem concluir resultados semelhantes para os estudantes de medicina e psicologia, devido ao menor número de inquiridos nestas categorias.

Embora os resultados sejam globalmente muito positivos em termos de satisfação, há alguns aspectos que requerem atenção para futuras melhorias na plataforma. Um deles diz respeito à visibilidade das emoções nos vídeos. A utilização do computador e/ou do smartphone como método de visualização do vídeo imersivo pode ter limitado essa visibilidade. As melhorias possíveis poderiam passar pela utilização de cardboards ou de auscultadores de realidade virtual, ou pela conceção de cenários que se centrem mais intencionalmente nos indicadores comportamentais das emoções.

Passemos agora às necessidades encontradas durante os estágios ou simulações e à contribuição da plataforma neste domínio. Os resultados reflectem uma heterogeneidade nas expectativas dos estudantes. De facto, a maioria deles não tem experiência de ensino clínico ou de estágios em pediatria, pelo que a adequação parcial do conteúdo em relação às competências exigidas pode, de facto, refletir uma prática idealizada por parte do estudante. Ao mesmo tempo, é verdade que poderiam ser feitas algumas adaptações ao quadro de competências (ver acima), a fim de o aproximar das expectativas dos alunos. Mais precisamente, este quadro de referência poderia ser posteriormente adaptado às diferentes faixas etárias, a fim de trabalhar diferentes comportamentos adaptados às diferentes fases do desenvolvimento da criança.

Por outro lado, o tempo necessário para a realização dos pré e pós-testes suscitou reservas significativas por parte de alguns alunos, que consideraram que os testes poderiam ser mais curtos. A este respeito, refira-se que os alunos tiveram cerca de 60 minutos para explorar a plataforma, sendo que um número significativo de alunos não concluiu a tarefa. Em estudos futuros, seria conveniente prever mais tempo para a realização das actividades de aprendizagem na plataforma. Reconhecemos que a gestão do tempo dos alunos na exploração da plataforma não foi uma tarefa fácil devido à quantidade de conteúdos, à morosidade dos testes ou a outros motivos, que um estudo qualitativo com estes alunos poderia ajudar a clarificar como primeiro passo para uma proposta melhorada da plataforma com um melhor equilíbrio do tempo necessário para a sua utilização e avaliação.

Vários estudos têm demonstrado que a utilização da simulação e do debriefing no ensino de competências de comunicação aumenta o sucesso da aprendizagem dos alunos (Blake & Blake, 2019; Bremner et al., 2006; Donovan & Mullen, 2019; Gaylle, 2019; Levy-Storms, 2008). O ensino simulado com recurso a ferramentas imersivas (vídeos 360°), em formato e-learning, oferece novas vantagens. A autonomia e a flexibilidade que a plataforma oferece aos alunos parecem ser muito apreciadas e podem contribuir para condições de aprendizagem sólidas e adequadas.

Efeito da plataforma no conhecimento das competências ²⁰

No que diz respeito à eficácia da plataforma de e-learning na melhoria dos conhecimentos destes utilizadores em termos de competências comunicativas relacionadas com a pediatria, obtivemos resultados heterogéneos, dependendo das capacidades em causa e dos currículos dos estudantes visados.

²⁰ *Contributor: Manon Goosse*

Verificou-se uma melhoria na capacidade 1, que se centra na capacidade de estabelecer contacto com a criança, na capacidade 2, que se centra mais especificamente na capacidade de estabelecer uma relação de confiança, e na capacidade 4, que se centra na construção de uma decisão partilhada.

Apenas a capacidade 2 (estabelecer uma relação de confiança) melhorou significativamente para todos os participantes, independentemente do seu curso. As capacidades 1 (estabelecer contacto com a criança) e 4 (tomar uma decisão partilhada) só foram significativamente melhoradas pelos estudantes de psicologia.

Várias hipóteses podem explicar estes resultados. Por um lado, os alunos de psicologia foram acompanhados quando realizaram a plataforma, enquanto os alunos de enfermagem e de medicina a realizaram sozinhos. Uma hipótese poderia, portanto, ser a de que as capacidades não foram desenvolvidas em profundidade quando foram desenvolvidas de forma autónoma. Outra hipótese muito provável, tendo em conta os resultados obtidos pelos estudantes de enfermagem durante os pré-testes, nas capacidades 1 e 4, diz respeito à possível margem de progressão. Os estudantes de enfermagem obtiveram resultados muito mais elevados no pré-teste para estas duas habilidades do que os estudantes de psicologia. Assim, a margem de melhoria foi limitada para os estudantes de enfermagem. Isto deve-se ao facto de os estudantes de psicologia estarem no início do curso, enquanto os estudantes de enfermagem estavam no final do curso. Se os resultados actuais fossem reproduzidos numa experiência supervisionada de forma semelhante em todos os grupos, isso poderia sugerir uma maior relevância da plataforma para os estudantes no início dos seus ciclos. Esta hipótese seria congruente com a literatura que visa a aprendizagem de competências transversais como a comunicação (Miller et al., 1990; Kirkpatrick et al., 1989), que postula que estas competências são aprendidas por etapas. Primeiro, a aprendizagem teórica, depois a aprendizagem da competência num contexto não real (mobilização da competência na escrita, por exemplo) e, finalmente, a aprendizagem da mobilização da competência numa situação (Miller et al., 1990). Como a plataforma de e-learning desenvolvida neste projeto visa as duas primeiras fases de aprendizagem, é potencialmente mais adequada no início do curso.

A melhoria homogénea observada na segunda capacidade poderia ser explicada por um maior interesse por esta capacidade e, por conseguinte, por uma atenção mais específica dos alunos à sua aprendizagem. Uma avaliação mais qualitativa permitir-nos-ia confirmar ou refutar esta hipótese.

De um modo geral, as três competências em que se observou uma melhoria foram aquelas para as quais os briefings foram mais direcionados, tanto em termos de duração como de competências visadas. Dado o advento das redes sociais que oferecem vídeos cada vez mais curtos com mensagens direcionadas, este tipo de formato num contexto de e-learning poderia ser mais adequado para os estudantes desta geração, uma hipótese que parece consistente com o conhecimento disponível sobre as capacidades de atenção (Harris et al., 2021).

Para confirmar estes resultados, seriam necessários mais estudos que comparassem a eficácia da plataforma com alunos de diferentes ciclos, de forma a direcionar o público para o qual a plataforma seria mais relevante. Além disso, no mínimo, se a plataforma for avaliada e, de um modo mais geral, se os cursos não forem avaliados, parece importante supervisionar a implementação do e-learning, para garantir que os alunos completam efetivamente todo o curso. Além disso, independentemente da capacidade em causa, o número de estudantes de medicina era demasiado reduzido para se poder concluir sobre a eficácia da plataforma, pelo que são necessários mais estudos para tirar conclusões.

Conclusão

De um modo geral, a plataforma é considerada ergonômica e pedagogicamente útil para o ensino e a aprendizagem de competências de comunicação em cuidados de saúde pediátricos. Os seus pontos fortes residem na sua clareza, amplitude e relevância para as necessidades de aprendizagem dos estudantes, bem como na flexibilidade e autonomia que oferece aos seus utilizadores.

As áreas a melhorar incluem a adequação dos vídeos imersivos para evocar emoções e responder às expectativas específicas dos alunos, bem como uma avaliação mais precisa do tempo necessário para beneficiar plenamente da aprendizagem oferecida pela plataforma. Estes resultados mostram que a plataforma é uma ferramenta inovadora e prometedora que, com alguns ajustes, ajuda a satisfazer as necessidades dos alunos

Em conclusão, as especificidades do contexto pediátrico na aprendizagem da comunicação entre profissionais de saúde não são suficientemente tidas em conta nos currículos (Kennedy et al., 2024; Padovani et al., 2024). Esta plataforma visa preencher esta lacuna, oferecendo uma plataforma de aprendizagem direcionada para estas competências, destinada a estudantes e profissionais de saúde. É de salientar que se trata de uma plataforma de acesso livre, que pode ser utilizada de forma autónoma pelos estudantes, integrada no ensino tradicional ou utilizada de forma híbrida. Assim, a sua divulgação poderá apoiar programas académicos relacionados com estas competências. Uma vez que o impacto negativo do ensino insuficiente das competências de comunicação na qualidade dos cuidados de saúde está amplamente documentado (Fallah et al., 2024; Mack et al., 2017), esta plataforma poderia oferecer uma solução inicial e básica de apoio a outras abordagens de ensino.

● Referências

- Allen, D., Cree, L., Dawson, P., El Naggar, S., Gibbons, B., Gibson, J., Gill, L., Gwernan-Jones, R., Hobson-Merrett, C., Jones, B., Khan, H., McCabe, C., Mancini, M., McLellan, D., Nettle, M., Pinfold, V., Rawcliffe, T., Sanders, A., Sayers, R., ... The PARTNERS2 writing collective. (2020). Exploring patient and public involvement (PPI) and co-production approaches in mental health research: Learning from the PARTNERS2 research programme. *Research Involvement and Engagement*, 6(1), 56. <https://doi.org/10.1186/s40900-020-00224-3>
- Ammentorp J, Sabroe S, Kofoed PE, Mainz J. Effects of a communication course for clinicians on parents' perception of care--a randomized controlled trial. *Scand J Caring Sci*. 2009 Sep;23(3):506-17. doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00653.x.
- American Psychological Association (APA). (2006). Evidence-based practice in psychology. *Am. Psychol. Assoc.* 61, 271–285. doi: 10.1037/0003-066X.61.4.271.
- Bertrand, P., Guegan, J., Robieux, L., McCall, C. A., & Zenasni, F. (2018). Learning empathy through virtual reality: Multiple strategies for training empathy-related abilities using body ownership illusions in embodied virtual reality. *Frontiers Robotics AI*, 5, 1–18. <https://doi.org/10.3389/frobt.2018.00026>
- Blake, T., & Blake, T. (2019). Improving Therapeutic Communication in Nursing Through Simulation Exercise. *Teaching and Learning in Nursing*, 14(4), 260–264. <https://doi.org/10.1016/j.teln.2019.06.003>
- Bremner, M. N., Aduddell, K., Bennett, D. N., & VanGeest, J. B. (2006). The use of human patient simulators: Best practices with novice nursing students. *Nurse educator*, 31(4), 170–174.
- Brown, S. A. (2010). Implementing a brief hallucination simulation as a mental illness stigma reduction strategy. *Community Mental Health Journal*, 46(5), 500–504. <https://doi.org/10.1007/s10597-009-9229-0>
- Buret, L. (2020). Interdisciplinarity in Health. Analysis and future prospects for front-line professionals. Dissertation submitted in 2020 with a view to obtaining the degree of Doctor of Medical Sciences.
- Cleemput, I., Dauvrin, M., Kohn, L., Mistiaen, P., Christiaens, W., & Léonard, C. (2019). KCE position on patient involvement in healthcare policy research projects KCE (p. 129) [KCE Report 320Bs Method,]. <https://kce.fgov.be/fr/publications/tous-les-rapports/position-du-kce-concernant-limplication-des-patients-dans-les-projets-de-recherche-en-politique-des>
- Chaffin, A. J., & Adams, C. (2013). Creating empathy through use of a hearing voices simulation. *Clinical Simulation in Nursing*, 9(8), e293– e304. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2012.04.004>
- Choudhary, A., & Gupta, V. (2015). Teaching communications skills to medical students: Introducing the fine art of medical practice. *International Journal of Applied & Basic Medical*, 5, S41-4. <https://doi.org/10.4103/2229-516X.162273>
- Deschênes, B., Jean-Baptiste, A., Matthieu, E., Mercier, A., Roberge, C., & St-Onge, M. (2014). Guide d'implantation du partenariat de soins et de services. Vers une pratique collaborative optimale entre intervenants et avec le patient (2e éd.). <https://medecine.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/68/2022/04/Guide-implantation-du-partenariat-de-soins-et-de-services.pdf>
- Donovan, L. M., & Mullen, L. K. (2019). Expanding nursing simulation programs with a standardized patient protocol on therapeutic communication. *Nurse Education in Practice*, 38, 126–131. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.05.015>
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Murphy, D. (2018). Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis. *Psychotherapy*, 55, 399–410. <https://doi.org/10.1037/pst0000175>
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rollnick, S., Edwards, A., & Barry, M. (2012). Shared decision making: A model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1361– 1367. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>

Fallah, P., Clemons, L., Bradbury, M., Vandermeer, L., Clemons, M., Renaud, J., & Savard, M.-F. (2024). Evaluation of Unsolicited Feedback from Patients with Cancer and Their Families as a Strategy to Improve Cancer Care Delivery. *Current Oncology (Toronto, Ont.)*, 31(5), 2488–2496. <https://doi.org/10.3390/curroncol31050186>

Flora, L. (2015). *The patient trainer: a new health profession? How the experiential knowledge of all healthcare stakeholders can meet the challenges of our healthcare systems*. Presses Académiques Francophones.

Fraser, J., Davies, C., Forster, E., & Fraser, J. (2017). Communicating with children, young people and their families. In *Paediatric Nursing Skills for Australian Nurses* (pp. 1–16). chapter, Cambridge: Cambridge University Press.

Formosa, N. J., Morrison, B. W., Hill, G., & Stone, D. (2018). Testing the efficacy of a virtual reality-based simulation in enhancing users' knowledge, attitudes, and empathy relating to psychosis. *Australian Journal of Psychology*, 70(1), 57–65. <https://doi.org/10.1111/ajpy.12167>

Garber, A. M., Meliagros, P., Diener-Brazelle, J., & Dow, A. (2024). Using Virtual Reality to Teach Medical Students Cross-Coverage Skills. *The American Journal of Medicine*, 137(5), 454-458.

Gayle, D. (2019). In-simulation Debriefing Increases Therapeutic Communication Skills. *Nurse Educator*, 44(6), 295. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000643>

Goosse, M., Bragard, I., Peeters, L., Willems, S. (2024). Standardized patient compared to 360° immersive videos to increase empathic communication skills while breaking bad news among nursing students: *A randomized controlled study*. *Clinical Simulation in Nursing*, 87, 101493

Goosse, M*, Della Libera, C*, Larøi, F., Willems, S. (2023). Examining the impact of experiencing auditory verbal hallucinations from a first-person perspective on the degree of empathy and stigmatization in a group of psychology students: A study using 360° immersive videos. In *Comprehensive Psychiatry*, 123, 1-9. doi: 10.1016/j.comppsy.2023.152379

Goosse, M., Martinez Perez, T., & Willems, S. (2024). Communication training for the provision of psychological assessment feedback: An exploratory randomized controlled study. *Training and Education in Professional Psychology*. Advance online publication. <https://dx.doi.org/10.1037/tep0000500>

Goosse, M. (2023). *Évaluation de différents dispositifs pédagogiques dans la formation des cliniciens à la communication empathique dans les soins*. [Doctoral dissertation, University of Liege]. ORBi. <https://orbi.uliege.be/handle/2268/302932>

Hamilton-Giachritsis C, Banakou D, Garcia Quiroga M, Giachritsis C, Slater M. Reducing risk and improving maternal perspective-taking and empathy using virtual embodiment. *Sci Rep*. 2018 Feb 14;8(1):2975. doi: 10.1038/s41598-018-21036-2.

Harrington NG, Norling GR, Witte FM, Taylor J, Andrews JE. The effects of communication skills training on pediatricians' and parents' communication during «sick child» visits. *Health Commun*. 2007;21(2):105-14. doi: 10.1080/10410230701306974

Harris, A., Buglass, S., & Gous, G. (2021). The impact of lecture chunking format on university student vigilance: Implications for classroom pedagogy. *Journal of Pedagogical Sociology and Psychology*, 3(2), 90-102. <https://doi.org/10.33902/JPSP.2021272429>

Halpern, J. (2014). From idealized clinical empathy to empathic communication in medical care. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 17(2), 301–311. <https://doi.org/10.1007/s11019-013-9510-4>

Hardman, D., & Howick, J. (2019). The friendly relationship between therapeutic empathy and person-centred care. *European Journal for Person Centered Healthcare*, 7(2), 351–357. <http://eprints.bournemouth.ac.uk/33107/>

Herrera, F., Bailenson, J., Weisz, E., Ogle, E., & Zak, J. (2018). Building long-term empathy: A large-scale comparison of traditional and virtual reality perspective-taking. *PLoS ONE*, 13(10), 1–37. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204494>

Hill, C. E., Anderson, T., Kline, K., McClintock, A., Cranston, S., Mccarrick, S., et al. (2015). Helping skills training for undergraduate students: Who should we select and train? *Couns. Psychol.* 44, 50–77. doi: 10.1177/0011000015613142

Hojat, M., Louis, D. Z., Markham, F. W., Wender, R., Rabinowitz, C., & Gonnella, J. S. (2011). Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Academic Medicine*, 86(3), 359–364. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182086fe1>

Howick, J., Moscrop, A., Mebius, A., Fanshawe, T. R., Lewith, G., Bishop, F. L., Mistiaen, P., Roberts, N. W., Dieninytė, E., Hu, X. Y., Aveyard, P., & Onakpoya, I. J. (2018). Effects of empathic and positive communication in healthcare consultations: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 111(7), 240–252. <https://doi.org/10.1177/0141076818769477>

Hu, S.; Lai, B.W.P. Increasing empathy for children in dental students using virtual reality. *Int. J. Paediatr. Dent.* 2022, 32, 793–800. Doi : <https://doi.org/10.1111/ipd.12957>

Jaeken, M. (2017). Improving exploratory skills of inexperienced caregivers A multilevel evaluation of the effectiveness. Université Catholique de Louvain.

Jenkins, L., Ekberg, S., & Wang, N. C. (2024). Communication in Pediatric Healthcare: A State-of-the-Art Literature Review of Conversation-Analytic Research. *Research on Language and Social Interaction*, 57(1), 91–108.

Katz, Y. J. (1999). Kindergarten Teacher Training Through Virtual Reality: Three-Dimensional Simulation Methodology. *Educational Media International*, 36(2), 151–156. <https://doi.org/10.1080/0952398990360211>

Kelley, J. M., Kraft-Todd, G., Schapira, L., Kossowsky, J., & Riess, H. (2014). The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS ONE*, 9(4), 1–7. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0094207>

Kennedy, M., Bray, L., Saron, H., & Brady, L.-M. (2024). Scoping communication training in undergraduate children's nursing programmes: A mixed method study examining delivery methods and content. *Nurse Education in Practice*, 79, 104056. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2024.104056>

Kohlsdorf, M., & Junior, Á. L. C. (2016). Comunicação triádica em pediatria: Revisão de literatura. *Temas em Psicologia*, 24(2), 609–629.

Lambert, V., Long, T., & Kelleher, D. (2012). *Communication Skills for Children's Nurses*. McGraw-Hill

Kolb, A. Y., and Kolb, D. A. (2009). The learning way. *Simul. Gaming* 40, 297–327. doi: 10.1177/1046878108325713.

Levy-Storms, L. (2008). Therapeutic communication training in long-term care institutions: Recommendations for future research. *Patient Education and Counseling*, 73(1), 8–21. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.05.026>

Mack, J. W., Jacobson, J., Frank, D., Cronin, A. M., Horvath, K., Allen, V., Wind, J., & Schrag, D. (2017). Evaluation of Patient and Family Outpatient Complaints as a Strategy to Prioritize Efforts to Improve Cancer Care Delivery. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 43(10), 498–507. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2017.04.008>

Neumann, M., Bensing, J., Mercer, S., Ernstmann, N., Ommen, O., & Pfaff, H. (2009). Analyzing the “nature” and “specific effectiveness” of clinical empathy: A theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 339–346. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.11.013>

Ikendei, C., Bosse, H.M., Hoffmann, K., Möltner, A., Hancke, R., Conrad, C., Huwendiek, C., Hoffmann, G., Herzog, W., Jünger, J., Schultz, JH. (2011). Outcome of parent–physician communication skills training for pediatric residents. *Patient Education and Counseling*, 82, 94–99. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.12.013>

Padovani, P., Hauet, Q., Lefort, B., Chauviré-Drouard, A., Letellier, M., Bergé, M., Marguin, G., Titos, M., Grain, A., Babonneau, M.-L., Michon, C.-C., Trosdorf, M., Lejus-Bourdeau, C., Lwin, N., Picot, M.-C., Amedro, P., & Baruteau, A.-E. (2024). Study protocol for a multicenter randomized controlled trial on simulation-based communication training for pediatric cardiology trainees (SIMUL-CHD *BMC Medical Education*, 24(1), 1268. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-06260-x>

- Pacala, J. T., Boulton, C., Bland, C., & O'Brien, J. (1995). Aging game improves medical students' attitudes toward caring for elders. *Gerontology and Geriatrics Education*, 15(4), 45–57. https://doi.org/10.1300/J021v15n04_05
- Peck, T. C., Seinfeld, S., Aglioti, S. M., & Slater, M. (2013). Putting yourself in the skin of a black avatar reduces implicit racial bias. *Consciousness and Cognition*, 22(3), 779–787. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2013.04.016>
- Pétre, B., Scholtes, B., Voz, B., Ortiz, I., Gillain, N., Husson, E., Guillaume, M., Bragard, I., & APPS, C. (2018). L'Approche Patient Partenaire de Soins en question. *Med Liege*, 73(12), 620625.
- Pomey, M.-P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M.-C., Débarges, B., Clavel, N., & Jouet, E. (2015). Le « Montreal model »: « Issues in the relational partnership between patients and healthcare professionals *Santé Publique*, 1(HS), 41–50. <https://doi.org/10.3917/spub.150.0041>
- Adu, I., Dede, C., Seyam, M. R., Feng, T., & Chung, M. (2021). Using 360-video virtual reality to influence caregiver emotions and behaviors for childhood literacy. *International Journal of Gaming and Computer-Mediated Simulations*, 13(1), 12–33. <https://doi.org/10.4018/IJGCMS.20210101.oa2>
- Rudolph, J. W., Simon, R., Raemer, D. B., and Eppich, W. J. (2008). Debriefing as formative assessment: Closing performance gaps in medical education. *Acad. Emerg. Med.* 15, 1010–1016. doi: 10.1111/j.1553-2712.2008.00248.x.
- World Health Organization. (2013). Empowering patients. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicablediseases/cancer/news/2012/4/empowering-patient>
- Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2016). Skills for communicating with patients. CRC press.
- Thomas B., Fourcade A., Morlat P. (Dir.) (2023). Etat des lieux et perspectives pour le déploiement de la participation des patients dans la formation initiale des médecins. Ministère de la santé et de la prévention. France.
- Van der Molen, H. ., Lang, G., Trower, P., & Look, R. (2013). Psychological Communication = Theories, Roles and Skills for Counsellors. eleven international publishing.
- World Federation for Medical Education, (WFME). (2015). Basic medical education. WFME global standards for quality improvement. <https://wfme.org/wp-content/uploads/2022/03/WFME-BME-Standards-2020.pdf>



Inforef



Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra



LIÈGE
université



UMF
UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
"IULIU HAȚIEGANU"
CLUJ-NAPOCA



UNIVERSITÉ
CÔTE D'AZUR