

TD

Processo Educativo - a Simulação Clínica em Enfermagem

TESE DE DOUTORAMENTO

Norberto Maciel Ribeiro

DOUTORAMENTO EM CURRÍCULO E INOVAÇÃO PEDAGÓGICA



UNIVERSIDADE da MADEIRA

A Nossa Universidade

www.uma.pt

janeiro | 2025

Processo Educativo - a Simulação Clínica em Enfermagem

TESE DE DOUTORAMENTO

Norberto Maciel Ribeiro

DOUTORAMENTO EM CURRÍCULO E INOVAÇÃO PEDAGÓGICA

ORIENTAÇÃO

Fernando Luís de Sousa Correia

A arte mais importante do professor é saber despertar nos
seus educandos a alegria de criar e de conhecer

Einstein

Agradecimentos

A investigação documentada neste trabalho representa uma longa caminhada pessoal e profissional, munida de desafios, discussões, receios e algumas incertezas, impossíveis de ultrapassar sem o precioso apoio de algumas pessoas, que gostaria de destacar.

Ao Professor Doutor Fernando Correia, orientador desta investigação, pelo rigor científico, apoio incondicional, cumplicidade, paciência e pelas palavras de estímulo. Foi uma enorme satisfação tê-lo como orientador, obrigado por me acompanhar nesta caminhada!

Ao Magnífico Reitor de uma Universidade da Região Autónoma de Madeira, por autorizar a realização do estudo de caso.

À Presidente da Escola Superior de Saúde de uma Universidade da Região Autónoma de Madeira, que acolheu a realização do estudo com carinho e incentivo.

Aos meus colegas no local de trabalho pela compreensão de algumas ausências laborais e pelas palavras de incentivo e motivação.

À equipa docente do curso de Doutoramento em Currículo e Inovação Pedagógica da Universidade da Madeira pela dedicação e sabedoria científica, contribuindo para a construção do conhecimento e novos saberes.

Aos meus colegas do curso de Doutoramento em Currículo e Inovação Pedagógica, pelas discussões, partilhas bibliográficas e estímulos proativos nesta caminhada formativa.

Às professoras do Curso de Licenciatura em Enfermagem que aceitaram participar no estudo e partilhar a sua opinião nas entrevistas individuais semiestruturadas.

Aos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem pela partilha das suas experiências nas entrevistas individuais e no *focus group*.

Aos enfermeiros recém-licenciados que disponibilizaram o seu tempo pessoal e partilharam a sua experiência na discussão *focus group*.

Aos estudantes pelas experiências de aprendizagem que proporcionaram.

Aos meus amigos e colegas pelas manifestações de apoio, amizade e encorajamento.

Em especial à minha família, à minha esposa e às minhas filhas, pela compreensão e aceitação da minha indisponibilidade. Constituíram aquele porto de abrigo nos momentos difíceis. Obrigado pela vossa presença!

Resumo

O ambiente para a aprendizagem constitui um dos desafios mais aliantes na atual geração do século XXI, enriquecida em meios digitais e altamente tecnológicos. Ensinar não representa necessariamente aprender e revela-se um processo complexo, que requer uma estratégia pedagógica promotora de conhecimento.

A teoria histórico-cultural de Vigotsky, a fundamentação central do construtivismo crítico de Kincheloe (2006a), a organização conceitual do construcionismo de Papert e o uso das ferramentas cognitivas descritas por Jonassen integram referências fundamentais para compreender o fenómeno complexo da aprendizagem e os ambientes promotores de saberes. Salientamos a zona de desenvolvimento proximal da teoria vigotskiana, que constitui uma oportunidade para construir uma aprendizagem mediada pelo professor em cooperação ativa com o estudante. Assim, a simulação clínica em enfermagem destaca-se como estratégia pedagógica e metacognitiva para o desenvolvimento de novas competências, capazes de mobilizar a construção de saberes fundamentais para a melhoria contínua do conhecimento holístico.

O estudo desenvolvido na área do Currículo e Inovação Pedagógica, de natureza qualitativa, como método de estudo de caso, numa Escola Superior de Saúde da Região Autónoma da Madeira, procurou compreender o processo educativo da simulação clínica em enfermagem. Na metodologia, utilizaram-se as entrevistas semiestruturadas e o *focus group* como técnicas de colheita de dados e a análise e interpretação dos dados com a técnica de análise de conteúdo, complementada com a triangulação dos dados colhidos.

Compreendemos a simulação clínica em enfermagem como uma metodologia diretiva com recurso a meios tecnológicos e com potencial pedagógico para a construção de uma aprendizagem significativa. A inovação pedagógica no ambiente de simulação é assumida como um designo fundamental em cooperação com a comunidade educativa. Invocamos à ação participativa do estudante, figura central da ação educativa, em todo o processo de simulação clínica, promovendo aprendizagens críticas, criativas, flexíveis, inclusivas e democráticas.

Palavras-Chave: Aprendizagem, Simulação Clínica em Enfermagem, Conhecimento Holístico, Inovação, Competências, Estudo de Caso.

Abstract

The learning environment constitutes one of the most exciting challenges in the current generation of the 21st century, enriched by digital and highly technological media. Teaching does not necessarily represent learning and is a complex process that requires a pedagogical strategy that promotes knowledge.

Vygotsky's historical-cultural theory, the central foundation of Kincheloe's critical constructivism, the conceptual organization of Papert's constructionism, and the use of cognitive tools described by Jonassen, integrate fundamental references to understand the complex phenomenon of learning and environments that promote learning. knowledge. We highlight the zone of proximal development of Vygotskian theory, which constitutes an opportunity to build learning mediated by the teacher in active cooperation with the student. Thus, clinical simulation in nursing stands out as a pedagogical and metacognitive strategy, for the development of new skills, capable of mobilizing the construction of fundamental knowledge, for the continuous improvement of holistic knowledge.

The study developed in Curriculum and Pedagogical Innovation, of a qualitative nature, as a case study method, in a Higher School of Health in the Autonomous Region of Madeira, sought to understand the educational process of clinical simulation in nursing. In the methodology, semi-structured interviews and focus groups were used as data collection techniques, and data analysis and interpretation with the content analysis technique, complemented with triangulation of the collected data.

We understand clinical simulation in nursing as a directive methodology using technological means and with pedagogical potential for building meaningful learning. Pedagogical innovation in the simulation environment is assumed as a fundamental design in cooperation with the educational community. We invoke the participatory action of the student, a central figure in the educational action, throughout the clinical simulation process, promoting critical, creative, flexible, inclusive and democratic learning.

Keywords: Learning, Clinical Simulation in Nursing, Holistic knowledge, Innovation, Skills, Case Study.

Résumé

L'environnement d'apprentissage constitue l'un des défis les plus passionnants de la génération actuelle du XXI^e siècle, enrichi par les médias numériques et hautement technologiques. Enseigner ne représente pas nécessairement un apprentissage et constitue un processus complexe qui nécessite une stratégie pédagogique favorisant la connaissance.

La théorie historico-culturelle de Vygotsky, fondement central du constructivisme critique de Kincheloe (2006a), l'organisation conceptuelle du constructionnisme de Papert et l'utilisation d'outils cognitifs décrits par Jonassen, intègrent des références fondamentales pour comprendre le phénomène complexe de l'apprentissage et des environnements de promotion des connaissances. Nous mettons en évidence la zone proximale de développement de la théorie vygotskienne, qui constitue une opportunité de construire un apprentissage médiatisé par l'enseignant en coopération active avec l'élève. Ainsi, la simulation clinique en soins infirmiers s'impose comme une stratégie pédagogique et métacognitive, pour le développement de nouvelles compétences, capable de mobiliser la construction de connaissances fondamentales, pour l'amélioration continue des connaissances holistiques.

L'étude développée dans le domaine du Curriculum et de l'Innovation Pédagogique, de nature qualitative, comme méthode d'étude de cas, dans une École Supérieure de Santé de la Région Autonome de Madère, a cherché à comprendre le processus éducatif de simulation clinique en soins infirmiers. Dans la méthodologie, des entretiens semi-structurés et des groupes de discussion ont été utilisés comme techniques de collecte de données, ainsi que l'analyse et l'interprétation des données avec la technique d'analyse de contenu, complétées par la triangulation des données collectées.

Nous comprenons la simulation clinique en soins infirmiers comme une méthodologie directive utilisant des moyens technologiques et dotée d'un potentiel pédagogique pour la construction d'un apprentissage significatif. L'innovation pédagogique dans l'environnement de simulation est considérée comme une conception fondamentale en coopération avec la communauté éducative. Nous invoquons l'action participative de l'étudiant, figure centrale de l'action éducative, tout au long du processus de simulation clinique, favorisant un apprentissage critique, créatif, flexible, inclusif et démocratique.

Mots-clés: Apprentissage, Simulation clinique en soins infirmiers, Connaissances holistiques, Innovation, Compétences, Étude de cas.

Resumen

El entorno de aprendizaje constituye uno de los desafíos más apasionantes de la actual generación del siglo XXI, enriquecido por medios digitales y altamente tecnológicos. La enseñanza no necesariamente representa aprendizaje, y es un proceso complejo que requiere de una estrategia pedagógica que promueva el conocimiento.

La teoría histórico-cultural de Vygotsky, fundamento central del constructivismo crítico de Kincheloe (2006a), la organización conceptual del construccionismo de Papert y el uso de herramientas cognitivas descritas por Jonassen, integran referentes fundamentales para comprender el complejo fenómeno del aprendizaje y los entornos promotores del conocimiento. Destacamos la zona de desarrollo próximo de la teoría Vygotskiana, que constituye una oportunidad para construir aprendizajes mediados por el docente en cooperación activa con el alumno. Así, la simulación clínica en enfermería se destaca como una estrategia pedagógica y metacognitiva, para el desarrollo de nuevas habilidades, capaces de movilizar la construcción de conocimientos fundamentales, para la mejora continua del conocimiento holístico.

El estudio desarrollado en el área de Currículo e Innovación Pedagógica, de carácter cualitativo, como método de estudio de caso, en una Escuela Superior de Salud de la Región Autónoma de Madeira, buscó comprender el proceso educativo de simulación clínica en enfermería. En la metodología se utilizaron como técnicas de recolección de datos entrevistas semiestructuradas y grupos focales, y el análisis e interpretación de datos con la técnica de análisis de contenido, complementado con la triangulación de los datos recolectados.

Entendemos la simulación clínica en enfermería como una metodología directiva utilizando medios tecnológicos y con potencial pedagógico para la construcción de aprendizajes significativos. La innovación pedagógica en el entorno de simulación se considera un diseño fundamental en cooperación con la comunidad educativa. Invocamos la acción participativa del estudiante, figura central de la acción educativa, durante todo el proceso de simulación clínica, promoviendo un aprendizaje crítico, creativo, flexible, inclusivo y democrático.

Palabras clave: Aprendizaje, Simulación Clínica en Enfermería, Conocimiento Holístico, Innovación, Habilidades, Estudio de Caso.

Lista de Figuras

Figura 1. Diagrama do Modelo de simulação clínica em Enfermagem NLN de Jeffries et al. (2015).....	110
Figura 2. Diagrama NLN/Jeffries Simulation Framework for Simulated Participant Methodology.....	111

Lista de Quadros

Quadro 1. Categoria e subcategoria das entrevistas e do <i>focus group</i>	190
Quadro 2. Apresentação das entrevistas individuais realizadas aos estudantes	196
Quadro 3. Apresentação das entrevistas individuais realizadas aos professores.....	197
Quadro 4. Apresentação do focus group realizado com os estudantes do CLE	207
Quadro 5. Apresentação do focus group realizado com os Enfermeiros recém-licenciados	207
Quadro 6. Identidade de género dos estudantes entrevistados	220
Quadro 7. Classe etária dos estudantes entrevistados	220
Quadro 8. Contexto profissional dos estudantes	220
Quadro 9. Local de residência dos estudantes	221
Quadro 10. Percurso académico dos estudantes	221
Quadro 11. Identidade de género dos professores entrevistados.....	236
Quadro 12. Classe etária dos estudantes entrevistados	236
Quadro 13. Contexto profissional dos professores	236
Quadro 14. Local de residência dos professores	236
Quadro 15. Maior grau académico dos professores	237
Quadro 16. Identidade de género dos estudantes do focus group	263
Quadro 17. Classe etária dos estudantes focus group.....	263
Quadro 18. Contexto profissional dos estudantes focus group	264
Quadro 19. Local de residência dos estudantes focus group	264
Quadro 20. Habilitações académicas dos estudantes focus group	264
Quadro 21. Identidade de género dos enfermeiros do focus group	272
Quadro 22. Classe etária dos enfermeiros focus group	272

Quadro 23. Contexto profissional dos enfermeiros focus group	272
Quadro 24. Local de residência dos enfermeiros focus group	273
Quadro 25. Habilitações académicas dos enfermeiros focus group (percurso académico)	273
Quadro 26. Registo do número dos informantes em cada subcategoria.....	291
Quadro 27. Análise da informação obtida nas subcategorias.....	294

Lista de Abreviaturas e Siglas

CE | Comissão Europeia

CEUMa | Comissão de ética da Universidade da Madeira

CIE-UMa | Centro de Investigação em Educação da Universidade da Madeira

CLE | Curso de Licenciatura em Enfermagem

COVID-19 | *Coronavirus Disease*

CRP | Constituição da República Portuguesa

CSC | Centro de Simulação Clínica

DAE | Desfibrilhação Automática Externa

DGE | Direção Geral da Educação

DGS | Direção Geral da Saúde

EIE | Entrevista individual a estudantes

EIP | Entrevista individual a professores

Enf^o | Enfermeiro

ESS | Escola Superior de Saúde

EU | União Europeia

EUA | Estados Unidos da América

EUE | Estudante Universitário Entrevistado

FEDER – Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional

FG | *Focus group*

FGaEn | *focus group* a enfermeiros

FGaEs | *focus group* a estudantes

HEMA | *Health Education Media Association*

IA | Inteligência Artificial

INACSL | *Nursing Association for Clinical Simulation and Learning*

INFARMED | Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde

MRMI | *Medical Response to Major Incidents*

PUE | Professor Universitário Entrevistado

RAM | Região Autónoma da Madeira

SBV | Suporte Básico de Vida

SC | Simulação Clínica

SCeE | Simulação Clínica em Enfermagem

SESARAM | Serviço Regional de Saúde da RAM

SiAF | Simuladores de alta-fidelidade

SiBF | Simuladores de baixa-fidelidade

SiMF | Simuladores de média-fidelidade

SINAVE | Sistema Nacional de Informação e Vigilância

SNS | Serviço Nacional de Saúde

SPCE | Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação

SPSim | Sociedade Portuguesa de Simulação

TD | Tecnologias Digitais

TIC | Tecnologias de Informação e Comunicação

UMa | Universidade da Madeira

WHO | *World Health Organization*

ZDP | Zona de Desenvolvimento Proximal

ECTS | *European Credit Transfer and Accumulation System*

Sumário

Introdução	1
PARTE I	8
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	8
1 – Fundamentação da investigação.....	9
2 - A Educação e o foco da aprendizagem	15
2.1 - A Educação em Enfermagem	27
2.1.1 – Educar para o cuidar holístico	34
2.2 - A teoria vigotskiana e a construção da aprendizagem.....	38
2.2.1 – A evidência transcultural e o desenvolvimento cognitivo na aprendizagem	44
2.3 – O construtivismo e o processo de aprendizagem	53
2.4 – Gamificação na construção da aprendizagem.....	66
2.5 - Tecnologias de informação e comunicação na Educação	72
3 – Processo Educativo na Simulação Clínica em Enfermagem.....	79
3.1 – O currículo na simulação clínica em Enfermagem.....	90
3.2 – A inovação pedagógica na simulação clínica em Enfermagem.....	101
3.3 - Modelo de simulação clínica em Enfermagem.....	107
3.3.1 - O Contexto (<i>context</i>)	113
3.3.2 - O <i>Background</i>	114
3.3.3 - O Projeto (<i>design</i>).....	116
3.3.4 - A experiência de simulação.....	119
3.3.5 - O Participante	123
3.3.6 - O Participante simulado	123
3.3.7 - O facilitador educacional.....	124
3.3.8 - Os resultados	126
3.4 – Uma experiência de simulação clínica com estudantes de enfermagem	126
3.4.1 - O <i>Workshop</i>	130
3.4.2 - Os objetivos	130
3.4.3 - Desenvolvimento do cenário	131
3.4.4 - O <i>Debriefing</i>	131
3.4.5 - A avaliação	133
3.5 - O papel do estudante na simulação clínica em Enfermagem	133
3.5.1 - A experiência educativa com simuladores de alta-fidelidade	146

3.6 - A COVID-19 e o processo educativo da simulação clínica em Enfermagem.....	149
3.6.1 - Uma experiência para aprender	150
3.6.2 - Desafios da Educação no confinamento obrigatório	159
PARTE II.....	169
METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	169
4 – Fundamentos da metodologia	170
4.1 – Encadeamento do Investigador	170
4.2 – Desenvolvimento da Investigação.....	172
4.3 – Investigação Qualitativa em Educação	173
4.4 – Estudo de Caso: Método de investigação científica na simulação clínica em Enfermagem	175
4.5 – Campo de estudo da investigação.....	178
4.6 – Colheita de dados	180
4.6.1 - Entrevista semiestruturada.....	181
4.6.2 - O <i>focus group</i> uma técnica de colheita de informação.....	197
4.7 - A Categorização	208
4.8 - Análise e interpretação dos dados.....	210
4.8.1 - Análise de conteúdo	211
4.9 - Questões Éticas no Processo de Investigação	213
PARTE III	218
APRESENTAÇÃO DOS DADOS	218
5 – Apresentação dos dados	219
5.1 - Síntese da análise de conteúdo dos estudantes nas entrevistas individuais.....	219
5.2 - Síntese da análise de conteúdo dos professores nas entrevistas individuais	235
5.3 - Cruzamento da síntese da análise de conteúdo dos estudantes com os professores.....	248
5.4 - Síntese da análise de conteúdo do focus group aos estudantes.....	263
5.5 - Síntese da análise de conteúdo do focus group dos enfermeiros recém-licenciados.....	272
5.6 - Cruzamento da síntese dos focus group dos estudantes e dos enfermeiros recém-licenciados.....	281
5.7 – Síntese de dados obtidos nas entrevistas e no focus group.....	291
PARTE IV	300

6 – Discussão de Resultados	301
7 – Considerações.....	328
7.1 – Focos de Reflexão para o Futuro.....	336
8 – Referências	339
APÊNDICES	364
Apêndice 1 Guião para as entrevistas semiestruturadas individuais e <i>focus group</i> ..	365
Apêndice 2 Transcrição das entrevistas individuais dos estudantes	376
Apêndice 3 Análise de conteúdo das entrevistas individuais dos estudantes	476
Apêndice 4 Transcrição das entrevistas individuais dos professores.....	517
Apêndice 5 Análise de conteúdo das entrevistas individuais dos professores	586
Apêndice 6 Transcrição do <i>focus group</i> dos estudantes	621
Apêndice 7 Análise de conteúdo do <i>focus group</i> aos estudantes	644
Apêndice 8 Transcrição do <i>focus group</i> aos enfermeiros recém-licenciados.....	664
Apêndice 9 Análise de conteúdo <i>focus group</i> aos enfermeiros recém-licenciados	687
Apêndice 10 Pedido de autorização para a realização do estudo	708
Apêndice 11 Declaração de Consentimento Informado	712
ANEXOS.....	717
Anexo 1 Parecer do Encarregado de dados da Universidade da Madeira	718
Anexo 2 Parecer da Comissão de Ética da Universidade da Madeira	721
Anexo 3 Declaração de aceitação do orientador	724

Introdução

Este estudo surge de uma inquietação pessoal no atual contexto da simulação clínica em enfermagem (SCeE) do ponto de vista educativo e pedagógico. O desenho desta problemática desenvolveu-se durante as experiências de ensino/aprendizagem no Centro de Simulação Clínica (CSC) de alta-fidelidade e nas práticas laboratoriais em contexto académico com os estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE). O objetivo é refletir sobre o processo educativo da SCeE e o empoderamento no seio dos estudantes de enfermagem.

A Educação e a Enfermagem exercem no seio da nossa sociedade um papel primordial para acolher as respostas do Homem. A visão de educar e a excelência do cuidar exigem profissionalismo, pensamento crítico, criatividade, reflexão e conceção holística, que sejam capazes de responder aos desafios de uma comunidade mais global e exigente, na atual era digital. O progresso da SCeE tem-se revelado um desafio a todos os participantes, na procura de sinergias construtivas, interativas e pedagógicas na construção de novos saberes. O ensino superior, segundo o regime jurídico, objetiva alta qualificação e produção científica como pilar da construção do conhecimento dos seus estudantes. Nesse sentido, as instituições criam condições para a difusão científica e tecnológica, disponibilizando recursos necessários para esse fim (Lei n.º 62/2007, 2007). A transformação da sociedade educativa e a exigência de providenciar uma adequação dos recursos “faz do Estado o educador do «cidadão» e da escola o seu instrumento privilegiado” (Formosinho & Machado, 2013, p. 28), permitindo aos professores e aos estudantes espaços de participação e democratização na sociedade atual (Lei n.º 5/73, 1973).

Com a democratização da educação procura-se o progresso social, segundo o ponto 2 do Artigo 73.º da Constituição da República Portuguesa (Assembleia da República Portuguesa, 2005) e, atendendo a que a educação pode transformar uma sociedade, podemos criar ambientes que envolvam as comunidades nos seus processos, promovendo o seu empoderamento no respeito aos seus direitos educativos, sociais, económicos, culturais e políticos (Fino, 2022; Sousa, 2022a).

Em plena Pós-modernidade, século XXI, a educação ainda enfrenta desafios próprios de uma cultura crítica e reflexiva, convergente com a construção de um conhecimento atual e disponível à comunidade que serve. A SCeE assume-se como metodologia pedagógica

para uma prática que visa a aquisição de novos saberes, capazes de acolher as necessidades da comunidade educativa. A SCeE, como estratégia pedagógica, procura coligar experiências de aprendizagem que garantam ao estudante desenvolver competências para exercer o cuidar e assegurar a não exposição dos utentes a riscos evitáveis durante o processo formativo, ou seja, a aprendizagem experiencial aproxima os estudantes e os professores aos contextos reais da prática em segurança.

A simulação clínica (SC) tem crescido nos últimos anos como prática pedagógica recomendada para a formação dos seus profissionais. Nesse sentido, urge discutir o desenvolvimento da SCeE no seio da comunidade educativa, com estudantes e professores de enfermagem, e conhecer em profundidade o processo educativo focado no desenvolvimento do conhecimento e de competências profissionais.

A missão do Ensino Superior de Enfermagem objetiva qualificação de alto nível, produção, difusão do conhecimento interdisciplinar, conhecimento tecnológico e científico, capaz de estimular a formação intelectual na aprendizagem dos seus estudantes ao longo da vida. O ensino Universitário da Enfermagem cria, assim, condições à difusão do conhecimento, do ensino, da aprendizagem, da investigação e do desenvolvimento experimental (Lei n.º 62/2007, 2007). A simulação de Alta-fidelidade (SiAF) surge no ensino da Enfermagem como recurso tecnológico, valorizado pelos estudantes, e essencial para desenvolver competências cognitivas e psicomotoras, preparando-os para o contexto da prática. No entanto, alguns estudantes manifestam uma aprendizagem condicionada por momentos de pressão e de ansiedade (Baptista et al., 2014a).

No atual contexto, os processos educativos desenvolvidos na SCeE convergem para um problema de investigação dicotomizado em dois polos fundamentais. Por um lado, uma preocupação sobre os processos educativos desenvolvidos e, por outro, compreender o estado da arte da SCeE na educação em Enfermagem. O Ensino Superior de Enfermagem parece ter desenvolvido uma metodologia diretiva nos processos educativos da SCeE. Salientamos que o “princípio de ensinar menos, para que os estudantes aprendem mais, tem uma consequência óbvia: enquanto mingua a atividade de quem ensina, deve aumentar a de quem aprende” (Fino, 2017b, p. 29), valorizando ativamente a intensidade e a construção do trabalho autónomo do estudante.

Atualmente, a pedagogia tem um significado muito próximo da didática. Como refere Pinar, citado por Fino (2017b), os estudos curriculares têm didática a mais e, se

atendermos ao foco de valorizar o estudo e a participação ativa do estudante, têm matética ou arte de aprender a menos. Assim “no que diz respeito à dicotomia didática-matética, os partidários da educação progressista, se os tivéssemos de considerar sob esse ponto de vista, teriam sido bastante mais adeptos da segunda do que da primeira” (Fino, 2017b, p. 29).

A escolha da investigação em curso emergiu naturalmente das inquietações do percurso académico e profissional do investigador. A educação em currículo e inovação pedagógica proporcionaram conhecimentos aprofundados sobre a investigação científica e a complexidade dos processos educativos, que não poderão confinar-se a certezas diretivas e unilineares, sensibilizando-nos a compreender o processo educativo da SCeE. A motivação para desenvolver o estudo é também decorrente de uma reflexão das funções docentes exercidas nos últimos anos como professor convidado a lecionar práticas laboratoriais e SCeE aos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE) numa Escola Superior de Saúde (ESS) de uma Universidade na Região Autónoma da Madeira (RAM), e com um olhar crítico sobre as práticas educativas desenvolvidas.

A convergência de todos estes pressupostos motivou o interesse em estudar o processo educativo da SCeE, como fator essencial para atender às premissas do Decreto-Lei n.º 353/99 de 3 de setembro sobre as regras gerais a que fica subordinado o ensino da Enfermagem, no âmbito do ensino superior politécnico, dando concretização às medidas previstas neste domínio na Resolução do Conselho de Ministros n.º 140/98 e também o ponto 1 do artigo 5.º sobre a importância de assegurar a formação científica, técnica, humana e cultural na prestação e gestão dos cuidados à pessoa, família, grupos e comunidade nos vários níveis de prevenção (Decreto-Lei n.º 353/99, 1999).

O problema surge alvo de uma reflexão e constitui uma fase complexa do processo de investigação, resultante na questão orientadora do trabalho (Tuckman, 2005). Assim, atendendo às reflexões e à emergência de compreender o fenómeno, formulou-se a questão de investigação: Qual é o papel do estudante na simulação clínica em Enfermagem?

A investigação surge com o objetivo de compreender o processo educativo da SCeE nos estudantes do CLE a frequentar o 2º, 3º e 4º anos letivos, à exceção dos estudantes do 1º ano, pela falta de experiências de SCeE. Os professores que lecionam práticas de SCeE também foram incluídos no estudo.

Paralelamente, procurou-se compreender a opinião dos Enfermeiros recém-licenciados, com menos de 24 meses de experiência profissional, nomeadamente o relato da experiência na SCeE aquando estudantes do CLE e os contributos obtidos para o domínio das competências profissionais no contexto de trabalho. O campo de estudo escolhido abrangeu uma ESS inserida no Ensino Superior Politécnico na RAM a lecionar o CLE e com experiências educativas de SCeE em laboratórios académicos e no centro de simulação clínica (CSC) com SiAF.

Pretendemos com este estudo uma reflexão integral e interpretativa sobre o processo educativo da SCeE e, neste contexto, o trabalho encontra-se organizado em várias partes essenciais.

Na parte I, elaborámos uma fundamentação da investigação desenvolvida e os pilares fundamentais das políticas da Educação, recorrendo a vários autores (Apple, 1999; Correia, 2011; Giroux, 1983; Hargreaves, 1998; Jonassen, 2000; Kuhn, 1998; Vygotsky, 1991).

Um dos grandes desafios que se coloca a qualquer sistema é adequar os seus recursos às necessidades emergentes da população que serve. As mudanças dos sistemas surgem com a evolução dos tempos, muitas vezes alvo de revolução, no seio da comunidade educativa. A SCeE é reconhecida por proporcionar experiências de aprendizagem significativa na construção de saberes, para tal descrevemos os contributos fundamentais de vários autores de referência (Freire, 2013; Fino, 2016, 2017a; 2017b, 2020; Jonassen, 2000; Kincheloe, 2006a; Martins et al., 2014; Oliveira et al., 2014; Papert, 2008).

Destacámos a educação e o foco da aprendizagem à luz de alguns decretos legislativos e à Lei de Bases do Sistema Educativo. Na Educação emerge o significado de transmitir valores fundamentais para a construção do conhecimento e aquisição de competências. Abordámos, também, o contributo do currículo e da inovação nos processos de aprendizagem na pós-modernidade (Sousa, 2020; Hargreaves, 1998). A Educação não está circunscrita à transmissão de conteúdos e, nesse sentido, discutimos alguns contributos para a construção dos processos de uma aprendizagem significativa (Althusser, 1970; Dewey e Papert referenciado por Fino, 2017a; Freire, 2001; Giroux, 1986; Sousa, 2016, 2018).

A afirmação da educação em enfermagem distingue-se pela capacidade de formar pessoas para cuidar de pessoas. Nesse capítulo, fazemos referência a vários documentos essenciais sobre a sua evolução e afirmação da Enfermagem como ciência e profissão no seio da

comunidade (Decreto-lei n.º 36:219, 1947; Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948; Decreto-Lei n.º 173/80, 1980; Decreto-Lei n.º 353/99, 1999; Decreto-Lei n.º 42/2005; Lei n.º 62/2007, 2007; Regulamento n.º 613/2022 da Ordem dos Enfermeiros, 2022). Não obstante, nas práticas educativas sempre emergiram a valorização do cuidar holístico (Bittencourt, et al., 2018; Ferrari et al., 2014; Gualda & Hoga, 1992; Haddad & Santos, 2011; Queirós et al., 2014).

A construção do processo de aprendizagem destaca-se pelos contributos da teoria histórico-cultural de Vygotsky (1991), enfatizada na zona de desenvolvimento proximal e pelos contributos do construtivismo (Carretero, 2002; Ferreira & Lautert, 2003; Sanchis & Mahfoud, 2007; Kincheloe, 2006a, 2006b), o desenvolvimento cognitivo e a evidência transcultural (Cole, 2002; Moll, 2002; Tudge, 2002; Gallimore & Tharp, 2002).

Atendendo às novas tecnologias interativas nos processos de aprendizagem para potenciar o envolvimento dos estudantes, descrevemos a gamificação como estratégia de engajamento no processo de aprendizagem (Araújo & Carvalho, 2018; Burke, 2015; Chou, 2014; Montán et al., 2017; Torio et al., 2019) e as tecnologias de informação e comunicação na Educação (Bates, 2019; Brito & Purificação, 2008; Papert, 1980).

Seguidamente, e partindo do pressuposto de que as teorias da aprendizagem contribuem para o desenvolvimento de metodologias construtoras de um novo conhecimento, debruçámo-nos sobre a SCeE como estratégia pedagógica para a arte do Cuidar (Baptista et al., 2014a; Cabete et al., 2016; Casate & Corrêa, 2006; Costa et al., 2015; INACSL, 2023; Papert, 2008; Lucci, 2006; Kincheloe, 2006b) e que contributos poderemos obter do currículo nas experiências de SCeE (Apple, 2001; Jeffries et al., 2015; Martins et al., 2014; Silva, 1999; Sousa, 2012; Tyler, 1949).

Trouxemos à discussão o contributo de alguns autores impulsionadores da inovação na SCeE e a relevância da participação ativa do estudante na construção do seu processo de aprendizagem (Duman & Çelik, 2012; Jonassen, 2000; Kaneko & Lopes, 2019; Kincheloe, 2006a; Martins et al., 2012; Meleis, 2021; Vygotsky, 1991). Abordámos os modelos de SC, potenciadores naturais das experiências de aprendizagem (Bortolato-Major et al., 2019; Cowperthwait, 2020; Jeffries et al., 2015; Martins et al., 2018) e descrevemos as várias etapas do modelo de referência de Jeffries et al., (2015), assim como as recomendações das boas práticas em SC descritas pela *International Nursing Association of Clinical and Simulation Learning* (INACSL). Descreveremos a experiência da SCeE

com os estudantes de enfermagem no CSC da RAM e o papel que desenvolveram nesse ambiente de aprendizagem, com recurso a uma experiência no contexto de traumatologia com SiAF.

As particularidades vividas nos processos educativos durante a pandemia *Coronavirus Disease* (COVID-19) na educação, e na SCeE em particular, foram alvo de uma reflexão, recorrendo a alguns contributos de investigadores locais (Rodrigues & Fraga, 2020; Sousa, 2022) e alguns artigos institucionais (Comissão Europeia, 2020; DGS, 2020), atendendo a que o confinamento obrigatório e o encerramento dos estabelecimentos de educação colocaram grandes desafios à comunidade educativa. Alguns desafios foram lançados, motivando oportunidades para identificar novas estratégias compatíveis com ações dinâmicas e progressistas para garantir a continuidade da atividade educativa.

Na parte II, procederemos à descrição da metodologia de investigação, ao encadeamento do investigador e ao desenvolvimento da questão de investigação. O objetivo geral da investigação permitirá compreender o papel do estudante na SCeE. Pretende-se desenvolver uma reflexão aprofundada sobre o ambiente educativo na SCeE e conhecer o fenómeno nas suas especificidades, nomeadamente:

- clarificar o conceito de simulação clínica em Enfermagem;
- descrever as orientações dos modelos de simulação clínica;
- descrever o processo da simulação clínica dos estudantes de Enfermagem;
- identificar as representações dos estudantes no processo de simulação clínica;
- analisar a relação entre os modelos de simulação, as representações e as práticas de simulação clínica em Enfermagem;
- avaliar se a simulação clínica em Enfermagem promove o empoderamento do estudante.

De forma a responder aos objetivos, optámos por um paradigma qualitativo e o método de estudo de caso (Amado, 2014; Bogdan & Biklen, 1994; Bryman & Bell, 2019; Stake, 2011; Yin, 2015), que integrou técnicas de colheita de dados qualitativos, nomeadamente as entrevistas semiestruturadas e o *focus group* (FG) (Bardin, 1977; Bloor et al., 2001; Flick, 2004; Krueger & Casey, 2009; Morgan, 1998).

Também damos a conhecer os sujeitos da investigação e as técnicas de análise e interpretação dos dados surgidos com a análise de conteúdo, que nos permitiram compreender o fenómeno em estudo. (Bardin, 1977, 2011; Fortin, 2009).

O estudo teve o consentimento informado dos participantes e norteou-se pela defesa das questões éticas no processo de investigação, garantindo a proteção e a segurança, assim como a confidencialidade dos dados colhidos.

Na parte III apresentamos os dados que emergiram da análise de conteúdo das entrevistas individuais aos estudantes e aos professores e os dados obtidos no *focus group* aos estudantes e aos enfermeiros recém-licenciados. Apresentamos, também, uma síntese dos dados obtidos entre os estudantes e os professores e entre os estudantes e os enfermeiros.

Na parte IV explanamos a discussão dos resultados com autores de referência, pressupostos legislativos e recomendações sobre boas práticas na SCeE. Descrevemos algumas considerações relevantes para a melhoria do processo educativo na SCeE e apontamos alguns focos de reflexão para o futuro. Com a SCeE pretende-se explorar processos de aprendizagem, em cenários realistas, com SiAF, visando o crescimento dos saberes e significados na atual era pós-moderna, cada vez mais exigente e capaz.

As considerações deste estudo permitirão dar a conhecer algumas discordâncias entre as práticas recomendadas na SCeE e as desenvolvidas. Destacar-se-á a urgência de proporcionar um maior envolvimento dos estudantes nos processos de construção, valorizando os modelos SCeE nas atividades educativas e na investigação científica.

O estudo visa contribuir para a qualidade da educação em enfermagem com ênfase na matética e no processo da construção da aprendizagem. Romper contextos enraizados no passado duradouro, exige da comunidade académica uma postura crítica e uma redefinição de papéis, no sentido de construir uma prática pedagógica conducente com as necessidades dos aprendizes. Estamos cientes de que há inovação na SCeE, embora inovar necessite de tempo para amadurecer nas raízes de um modelo fabril, ainda cravado na globalidade do sistema educativo capaz de superar os desafios do século XXI (Fino, 2017a).

PARTE I
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – Fundamentação da investigação

Um dos grandes desafios que se coloca a qualquer sistema de educação consiste na adequação dos recursos (humanos, materiais, tecnológicos e financeiros) às necessidades da população que serve. Exigências cada vez maiores e necessidades cada vez mais complexas, embatem com uma diminuição efetiva dos recursos disponíveis, desafiando ainda mais a capacidade do próprio sistema em dar resposta.

Os pilares fundamentais das políticas educacionais, a liberdade, a democracia e os valores humanistas, apropriam o cidadão para agir com responsabilidade e com segurança, atendendo a que investiga, reflete e é autónomo na sua tomada de decisão consciente e acometido de cultura democrática (Freire, 2013). A educação assume, de facto, a sua natureza política na análise dos fenómenos de uma sociedade, com participação ativa e cívica, assim como conduz também o processo de “cultivar a formação do carácter virtuoso, na busca contínua da liberdade” (Giroux, 1983, p. 221).

A estratégia nacional prioriza a educação como componente fundamental na formação de uma pessoa ao longo do seu ciclo vital, e a Escola tem um papel na mobilização da sociedade para a cultura da democratização da educação (Monteiro et al., 2017). Uma das prioridades da ação governativa segundo o Decreto-Lei n.º 54/2018 é a aposta numa Escola inclusiva, independentemente da condição da pessoa, e que possibilite a aquisição de um nível de educação e formação (Decreto-Lei n.º 54/2018, 2018).

Assim, concretiza o direito de cada estudante a uma educação que responda às suas potencialidades, expectativas e necessidades no âmbito de um projeto educativo comum e plural, que proporcione a todos a participação e o sentido de pertença. Também o Decreto-Lei n.º 75/2008 fundamenta a importância da educação como uma missão de serviço público, e o papel estrutural que ocupa nos cidadãos, permitindo-lhes explorar as suas capacidades, integrar-se ativamente e dar um contributo para a vida económica, social e cultural do País (Decreto-Lei n.º 75/2008, 2008). Também a carta do *Council of Europe* no capítulo das políticas do Ensino Superior preconiza que os estados-membros devem promover o princípio da autonomia académica e a educação para os direitos humanos nas instituições do ensino superior (Council of Europe, 2012).

A política de educação poderá conferir uma estrutura de identidade e pertença coletiva, mas também pode conduzir a uma impessoalidade racional (Hargreaves, 1998), emergindo

provavelmente raízes, sob influência direta da política educacional, numa era pós-moderna, estruturada no modernismo e baseada em “especialistas iluminados” como nos diria Paulo Freire (Sousa, 2020). Como nos refere Giroux (1986), apesar da democratização da educação defender um espaço para os ideais nobres da sua comunidade, urge a necessidade de reformular uma educação que explore as relações complexas entre o conhecimento, poder, ideologia e economia, frequentemente secundarizadas. Na verdade, constitui também um ponto de reflexão identificar o contributo da educação no contexto de simulação clínica e compreender de que forma as políticas educacionais influenciam a apropriação de competências.

A mudança assume-se como um fator de crescimento e de atualização de conhecimento, no seio das Políticas da educação. Mudança é frequentemente fruto de revoluções políticas, como nos descreve Kuhn,

iniciam-se com um sentimento crescente, com frequência restrita a um segmento da comunidade política, de que as instituições existentes deixaram de responder adequadamente aos problemas postos por meio que ajudaram em parte a criar. De forma muito semelhante, as revoluções científicas iniciam-se com um sentimento crescente, também seguidamente restrito a uma pequena subdivisão da comunidade científica, de que o paradigma existente deixou de funcionar adequadamente na exploração de um aspecto da natureza, cuja exploração fora anteriormente dirigida pelo paradigma (Kuhn, 1998, p.126).

A SCeE pode ser entendida como uma situação (contexto - lugar e tempo) criada para proporcionar a um grupo de pessoas a experiência da representação de um fenómeno real, com o objetivo de praticarem, aprenderem e avaliarem, ou seja, como estratégia de ensino-aprendizagem (Oliveira et al., 2014). Assim, a SCeE procura promover uma aprendizagem significativa nos estudantes, com potencialidades para atingir o seu expoente máximo, se for vivenciada como legítima, autêntica e realista (Martins et al., 2014; Kaneko & Lopes, 2019).

O objetivo de desenvolver a aprendizagem no contexto da SCeE assume-se como o foco central, fortalecida numa estratégia educativa na matemática e esbatida na didática. Muitas vezes, as experiências desenvolvidas na SCeE privilegiam a didática, à semelhança do

empolamento no sistema educativo português, que raramente utiliza o substantivo *pedagogia* (Fino, 2016). O facto é que, segundo Fino (2016), o empolamento da didática e a consequente redução da pedagogia tem forte afirmação com a publicação da legislação do Decreto-Lei n.º 43/2007 e do Decreto-Lei n.º 79/2014, estruturantes na formação de professores, que revogou claramente a palavra pedagogia em substituição da fortalecida palavra didática nos documentos legislativos. Ao nível das políticas educacionais decretadas pela ação governativa “é inevitável considerar-se que estas imposições com base legislativa não são neutras, nem muito menos inconsequentes” (Fino, 2017a, p. 31), dado que difundem um discurso educacional para uma componente mais prática para a transmissão de conteúdos guiados pelas orientações curriculares do estabelecimento de ensino, como é, por exemplo, a cultura educacional praticada na SCeE.

A prevalência da didática no ambiente de aprendizagem de SC remete-nos para a necessidade de um espaço de reflexão que fomente a pedagogia e a possível inovação pedagógica, frequentemente confundida com o uso de tecnologia computadorizada nos ambientes de simulação clínica. A educação desenvolvida na prática de SC tornou-se assim, provavelmente, “uma monotonia governada por um currículo cada vez mais supranacional” (Fino, 2017a, p. 32), fazendo com que as práticas sejam semelhantes em qualquer centro ou ambiente, isto é, uma prática predominantemente didática.

A SCeE, como ambiente de aprendizagem altamente tecnológico, organiza a sua ação prática com modelos diretivos e com objetivos previamente delineados pelos especialistas. No nosso entender, o contexto da SC constitui uma oportunidade para a evolução do conhecimento de uma determinada ciência ou para o desenvolvimento de competências específicas. Porém, o sucesso da aprendizagem estaria reforçado se esse ambiente de aprendizagem específico promovesse a discussão de valores nos propósitos da experiência da simulação, nos meios a serem desenvolvidos nessa prática e nos conteúdos a serem desenvolvidos pelos intervenientes do processo educativo (Fino, 2017a). Só assim, a SCeE, como meio emergente de aprendizagem, “envolveria reflexão sobre a natureza humana de seus destinatários, sobre a sua dignidade, direitos e necessidades, e sobre a forma de os apoiar no seu desenvolvimento cultural e cognitivo” (Fino, 2017a, p. 32).

O sucesso da aprendizagem na SC deverá fundamentar-se em valores estruturais do construtivismo, ou seja, na ênfase da matemática e nos contributos sobre as tecnologias digitais. Como nos refere Papert (2008) citado por Fino (2017a) o construtivismo piagetiano sugere que o ato de ensinar seja suprimido e que os processos de aprendizagem

sejam maximizados, embora Apple (1999) refira que a função da escola é transmitir informação e ensinar competências curriculares, de modo que cada um tenha oportunidades iguais num mundo económico. De facto, se analisarmos o ambiente de SCeE facilmente se identifica a centralidade do processo no professor/especialista, que apropriado de conhecimento específico e diferenciado, seleciona, constrói o caso clínico, e na fase do *briefing* informa e apropria os estudantes de como se vão desenvolver os processos de simulação.

Ora, uma aprendizagem significativa e permanente recomenda abordagens de ensino-aprendizagem a nível cognitivo (Jonassen, 2000; Vygotsky, 1991) e promotoras do desenvolvimento das capacidades e atitudes dos estudantes, valorizando a construção do conhecimento a partir das interações estabelecidas entre os sujeitos (Kincheloe, 2006a). É neste sentido que a SCeE é reconhecida como uma estratégia fundamental para o ensino-aprendizagem na construção do conhecimento (Martins et al., 2014).

Após alguns anos de docência no ensino superior politécnico e de observação das dinâmicas nos processos educativos da SCeE, assim como as experiências das práticas clínicas, recentemente tornou-se notório uma reflexão exaustiva e completa sobre o papel do estudante na SCeE. Este estudo despertou o interesse de analisar o papel do estudante em todo o processo de SCeE, atendendo a que existem aspetos centrais do construtivismo que impulsionam uma rutura com o modelo da escola fabril (centrado no ensino e não na aprendizagem) e que estimulam ambientes de aprendizagem, isto porque as pessoas são seres sociais e constroem-se a partir de contextos histórico-culturais, acumulando referências do tempo em que vivem e dos lugares onde interagem (Kincheloe, 2006a; Vygotsky, 1991).

Este facto despertou-nos um interesse especial, atendendo a que consideramos que o processo educativo vivenciado na SCeE necessita de ser analisado na perspetiva do estudante, agente principal de todo o processo de ensino-aprendizagem. Efetivamente, o construtivismo contrapõe-se ao objetivismo racionalista do currículo transmissivo (centrado no ensino, nos conteúdos e igual para todos) e evoca a pedagogia para uma aprendizagem efetiva (centrada nos processos de aprendizagem de cada aprendiz), caracterizando-se pela pluralidade e heterogeneidade (Fino, 2017a; Vygotsky, 1991).

Como nos refere Correia (2011), a aprendizagem é um processo de construção do conhecimento, pois é construído com base nas próprias perceções e conceções do aprendiz,

objetivando o desenvolvimento de conceitos e a compreensão. Este processo reporta-nos para uma perspectiva construtivista, que requer motivação, aprendizagem autodirigida (envolvimento ativo do aprendiz no seu processo de aprendizagem) e um foco sobre o contexto social, cultural e histórico.

Efetivamente, é transversal à maioria das teorias contemporâneas que uma aprendizagem significativa requer uma tarefa significativa, e que as tarefas mais significativas são aquelas que emergem ou são simuladas a partir de um contexto real (simulação clínica), levando ao desenvolvimento do aprendiz (Jonassen, 2000; Vygotsky, 1991). Nesse sentido, é elementar uma reflexão crítica sobre novas culturas escolares com ambientes de aprendizagens interativas (Fino, 2020; Jonassen, 2000), promotoras de processos e de mudanças, ou seja, promover uma cultura pedagógica. Na referência estrutural do processo de aprendizagem do estudante, torna-se fundamental uma adequação dos métodos de ensino-aprendizagem no contexto de SCeE, no sentido de promover ativamente um processo pedagógico centrado no estudante, assumindo este uma aprendizagem (autodirigida), com a colaboração do mediador (educador / professor / professor) (Jonassen, 2000).

Identificando a SCeE como um ambiente estruturante para o desenvolvimento do conhecimento e de competências conducentes com uma prática clínica segura para responder às necessidades educativas específicas, revelamos o foco em compreender o papel do estudante na simulação clínica em Enfermagem.

Neste sentido, é fundamental conhecer o processo educativo dos estudantes na SCeE, nomeadamente como interiorizam a SCeE, que modelos são utilizados na SCeE e que práticas educativas de SCeE são desenvolvidas. Nesse enquadramento, o presente estudo parte de uma questão fundamental: Qual é o papel do estudante na SCeE?

Compreender o fenómeno da SCeE, como contexto pedagógico, de espírito crítico, de rutura para com o paradigma fabril, onde a matemática é colocada no centro dos processos heurísticos, com o professor/mediador da aprendizagem cada vez mais envolvido na participação ativa do estudante, assume-se como uma meta essencial.

Assim sendo, este estudo tem como objetivo geral: compreender o papel do estudante na SCeE, objetivada especificamente por:

- clarificar o conceito de simulação clínica em Enfermagem;
- descrever as orientações dos modelos de simulação clínica;

- descrever o processo da simulação clínica dos estudantes de Enfermagem;
- identificar as representações dos estudantes no processo de simulação clínica;
- analisar a relação entre os modelos de simulação, as representações e as práticas de simulação clínica em Enfermagem;
- avaliar se a simulação clínica em Enfermagem promove o empoderamento do estudante.

Ao estudar o fenômeno, julgamos dar um passo importante para uma reflexão crítica sobre o processo educativo na SCeE. Se por um lado, o contexto de simulação deverá privilegiar a participação ativa dos estudantes em todas as etapas do processo, por outro lado julgamos ser primordial na perspectiva dos estudantes compreender as vivências desse processo educativo.

A opção epistemológica do paradigma construtivista, entendendo por paradigma “aquilo que os membros de uma comunidade partilham e, inversamente, uma comunidade científica consiste em homens que partilham um paradigma” (Kuhn, 1998, p. 219), consiste em clarificar a interface do processo da SC a adotar, que promova o protagonismo dos estudantes e a matemática no centro dos processos heurísticos (Jonassen, 2000; Vygotsky, 1991). Julgamos ser importante estudar e conhecer que liberdade têm os estudantes na escolha pela estratégia da SCeE que consideram mais adequada ao seu processo de aprendizagem. Por outro lado, conhecer como é promovida a autonomia dos estudantes na seleção e planejamento dos casos clínicos, na definição dos objetivos e nos critérios de avaliação, e como é estimulada a aprendizagem colaborativa dando-lhes a possibilidade de constituírem o seu grupo de trabalho/comunidade de aprendizagem. Também importa conhecer o papel do professor/mediador no processo de aprendizagem e o status de estímulo à metacognição dos estudantes (Vygotsky, 1991).

A compreensão do fenômeno educativo na SCeE assume uma importância fundamental para a adequação do método de aprendizagem, e conhecer o papel do estudante do CLE constitui uma referência para as dinâmicas que são desenvolvidas, assim como clarifica o seu envolvimento na atividade pedagógica e no processo educativo. O estudante, após uma experiência pedagógica em SCeE, estará mais habilitado a desenvolver competências educativas que envolvem as comunidades nos seus próprios processos educativos, promovendo o seu empoderamento ativo e progressivo.

2 - A Educação e o foco da aprendizagem

A educação como bem universal pressupõe estar disponível e acessível a todos com a missão de capacitar os estudantes à inovação e ao crescimento de novos saberes. A Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), no artigo 26º, enfatiza a educação como um suporte para o desenvolvimento do conhecimento humano e pelo respeito dos direitos e liberdades fundamentais. O conhecimento como bem universal permite, assim, ampliar horizontes e capacitar os estudantes para uma tomada de decisão consciente e responsável, permitindo o crescimento de habilidades que lhes proporcione uma participação plena na sociedade e no meio laboral, com a implementação de medidas inovadoras e dinâmicas, no usufruto equitativo de oportunidades, fortalecendo a democracia como cidadãos informados, críticos, ativos e fundamentalmente transparentes e responsáveis.

Na mesma perspetiva a Lei Portuguesa em 1973 (Lei n.º 5/73) refere que a educação visa a formação integral dos estudantes, preparando-os, pela valorização das faculdades espirituais e físicas, para o cumprimento dos seus deveres morais e cívicos e a realização das finalidades da vida (Lei n.º 5/73, 1973).

Em Portugal todos os cidadãos, à luz da legislação portuguesa, têm direito à educação e à cultura, sendo responsabilidade do Estado promover a democratização do ensino e garantir o pleno direito de igualdade de oportunidades, acesso e sucesso académico (Lei n.º 46/86, 1986). O sistema educativo caracteriza-se por um conjunto de meios que operacionaliza o direito à educação e promove a garantia da ação formativa orientada para o desenvolvimento global da personalidade, do progresso social e da democratização da sociedade (Lei n.º 46/86, 1986).

No âmbito do ensino superior, com a criação da Lei de Bases do Sistema Educativo, compreendeu o ensino universitário e ensino politécnico, com o objetivo de estimular a criação cultural e o desenvolvimento do espírito científico e empreendedor, bem como do pensamento reflexivo, estimular o conhecimento dos problemas de hoje, num horizonte de globalidade, em particular os nacionais, regionais, e europeus, prestar serviços especializados à comunidade e estabelecer

com esta uma relação de reciprocidade, também promover o espírito crítico e a liberdade de expressão e de investigação e particularmente atender o nível no ensino politécnico, orientado por uma constante perspectiva de investigação aplicada e de desenvolvimento, dirigido à compreensão e solução de problemas concretos, visa proporcionar uma sólida formação cultural e técnica de nível superior, desenvolver a capacidade de inovação e de análise crítica e ministrar conhecimentos científicos de índole teórica e prática e as suas aplicações com vista ao exercício de atividades profissionais (Lei n.º 49/2005, 2005, p. 5128).

Não obstante a importância da Lei de Bases do Sistema Educativo para promover uma cultura educativa dirigida para a resolução de problemas e desenvolver o pensamento crítico, o programa do XXI Governo Constitucional estabelece como prioridades da ação governativa a escola inclusiva, independente da situação pessoal ou social, e canaliza respostas de educação e formação inclusiva, enquanto processo, para responder às necessidades e potencialidades de todos os estudantes, através do aumento da participação nos processos de aprendizagem e na vida da comunidade educativa (Decreto-Lei n.º 54/2018).

A aprendizagem assume-se, assim, como um foco primordial para o sucesso do processo educativo e, nessa ótica, na Resolução do Conselho de Ministros n.º 23/2016 constituem princípios centrais da política educativa do XXI Governo Constitucional para a promoção de um ensino de qualidade para todos o combate ao insucesso escolar, num quadro de valorização da igualdade de oportunidades e do aumento da eficiência e qualidade das instituições públicas, reforçando os princípios centrais da política educativa em estabelecer condutas para um ensino de qualidade para todos como uma estratégia, num quadro de valorização, eficiência e qualidade das instituições públicas (Resolução do Conselho de Ministros n.º 23/2016, 2016).

A Educação afirma-se como uma ciência estrutural para facilitar a aquisição do conhecimento científico e valores que contribuem para o progresso da pessoa. A educação para além de transmitir valores, estimula o pensamento crítico e gere uma aprendizagem significativa, com forte impacto na aquisição de competências, na evolução socioemocional, na redução de desigualdades, no empoderamento individual e coletivo, na

melhoria da saúde e bem-estar e na inovação e progresso. A Escola, enquanto espaço de intervenção pedagógica, exerce, assim, uma ação intencional para a construção do conhecimento.

A Escola e a Educação exercem de facto uma ação para o desenvolvimento integral de cada estudante, procurando estimular o bem-estar individual e da comunidade. O currículo pode projetar de forma consciente os fenómenos naturais e humanos com vista ao crescimento holístico, ou seja, ser concebido para o progresso integral de cada estudante a nível académico, social, emocional, físico e ético. Por outro lado, a Educação é concebida para incluir conteúdos que desenvolvam o bem-estar físico, mental e emocional, pelo empoderamento na ação educativa com estilos de vida saudáveis e pela gestão complexa das vicissitudes da vida moderna.

A missão de preparar os estudantes para serem cidadãos ativos e responsáveis pelo crescimento das suas comunidades, submete às questões emergentes da globalização e dos comportamentos de boas práticas e convergem com os desafios e com a realidade do mundo cada vez mais globalizado, e com diferentes culturas, identidades e perspetivas, alicerçando o Currículo de forma proporcional a uma aprendizagem significativa e relevante.

No sentido de promover uma postura mais crítica, aberta e compreensível em relação ao foco em estudo, os processos educativos desenvolvidos na Escola e no CSC, no atual mundo Pós-moderno, perspetiva uma mudança alicerçada nos fenómenos sociais, políticos, culturais e económicos, ou seja, “olhar para as coisas de outra forma, virá-las do avesso, considerar perspetivas que ainda não tiveram voz” (Hargreaves, 1998, p. 45). Hoje, a natureza do conhecimento não é uma verdade absoluta e o seu contraditório pressupõe conhecimento sobre a sua inexistência, embora “afirmar o fim das certezas teóricas ou científicas, é necessária alguma certeza relativa à presença desse fim” (Hargreaves, 1998, p. 45).

De facto, a pós-modernidade ainda hoje se encontra a desabrochar e facilmente se depara com obstáculos por manter as estruturas e os paradigmas fortalecidos pelo suporte moderno. Não obstante, os desenvolvimentos da aprendizagem baseada em processos, com algumas incertezas do conhecimento, são limitados, e os projetos das práticas educativas fundamentados na realidade local são submissos ao sistema global. Como nos refere Hargreaves “os processos pós-modernos não ocorrem “naturalmente”. Pelo contrário, têm

muitas vezes de ser afirmados, em face de uma considerável oposição” (Hargreaves, 1998, p. 48).

A aposta na educação integrativa identifica a pessoa como um ser holístico, munido de bem-estar individual no seio da sua comunidade. Neste sentido, urge uma transição para um paradigma que realize projetos escolares interdisciplinares para a resolução de problemas, que promova competências com a mobilização desses conhecimentos de forma integrada, e que promova processos de aprendizagem socioconstrutivistas centrados na matemática, em contraponto com os procedimentos diretivos e didáticos (Sousa, 2020).

Hoje, a ciência da Educação não está circunscrita a normas de transmissão de conteúdos para serem apreendidos por outros, ela é complexa e envolve muito mais do que uma descrição da natureza dos conceitos, envolve um campo de estudo e reflexão sobre os processos de ensino aprendizagem e, fundamentalmente, sobre as suas práticas pedagógicas.

O termo pedagogia deriva do grego “paidagogia” (Dicionário Online de Português, 2024), que significa “condução da criança”, dado que antigamente o pedagogo encarregava-se de levar as crianças à escola e monitorizava a sua educação. Hoje o termo pedagógico envolve vários fenómenos e práticas em estudo desde as teorias da aprendizagem (cognitivistas, construtivistas...), ao crescimento da pessoa e à influência da educação nas várias fases do seu desenvolvimento, o planeamento educacional baseado num currículo focalizado em objetivos de aprendizagem e em métodos de ensino e de avaliação, as práticas de educação inclusiva na valorização da diversidade, habilidade dos estudantes e a exploração de estratégias de ensino inovadoras, que promovam o empoderamento do estudante.

De facto, hoje, a pedagogia merece um espaço de debate sobre a aplicabilidade genuína da sua filosofia na Educação. Em 2017, na nota de apresentação da publicação do emblemático livro *“Democracy and Education”*, de *John Dewey*, do Centro de Investigação em Educação da Universidade da Madeira (CIE-UMa), com a missão de refletir sobre a atualidade do pensamento pedagógico de *John Dewey*, Fino (2017a) na publicação do artigo Dewey, Papert, Construcionismo e Currículo, na nota introdutória do texto evoca um espaço de reflexão extraordinário sobre a utilização da palavra pedagogia como uma

palavra que já foi nobre, mas cujo significado tem sido objeto de acentuada erosão, ao ponto de, cada vez mais, se confundir ou reduzir à didática, na exata medida em

que a função dos professores se foi confinando a rotinas cada vez mais técnicas e mais burocráticas (Fino, 2017a, p. 21).

Fino (2017a) evoca *John Dewey* e *Seymour Papert* como os dois pedagogos mais importantes no século XX. *Dewey* na primeira metade do século e *Papert* na revolução digital defendem que a pedagogia desenvolvida nos espaços educativos deveria incutir valores, discutir meios e conteúdos da sua ação, privilegiar espaços para a reflexão sobre a natureza dos fenómenos humanos e a forma com que se desenvolvem cultural e cognitivamente, assim como incrementar os melhores métodos e os mais adequados à natureza e dignidade dos aprendizes, ou seja, minimizar “uma mesmice global regida por um currículo supranacional, que faz com que uma escola situada no Funchal seja idêntica a uma escola não importa em que outra parte do mundo” (Fino, 2017a, p. 21).

A personalização do processo educativo preocupa-se com as necessidades individuais de cada estudante, só assim podemos entender a Escola como um instrumento público e ao serviço das causas humanas. O processo de construção individual do conhecimento de cada estudante, assume assim um caminho organizado, tendo como base as expectativas da população que serve.

As teorias construtivistas defendem que o foco central do conhecimento seja construído ativamente, através das interações sociais e das experiências de aprendizagem em interação com o meio, negando a certeza de que o ensino e a qualidade de instrução são sinónimos de construção e de conhecimento. Como nos documenta Fino (2017a), a preocupação do construcionismo de *Papert* não pretendia inibir o ato de ensino, mas em obter o máximo de aprendizagem com o mínimo de ensino. Uma visão interessante de *Papert*, que foca o estudante em constituir-se um agente catalisador do seu processo de aprendizagem, aquele que conhece genuinamente as suas necessidades individuais, procura experiências e canaliza recursos para alimentar o seu conhecimento. Se pensarmos no ambiente académico, local para formar futuros profissionais, competentes e capazes de resolverem problemas, a SCeE, como estratégia intitulada de pedagógica, procura potenciar a natureza dos conceitos e da prática dos conteúdos lecionados, no entanto centra no professor toda a gestão dos conteúdos a serem ministrados, moldando nos estudantes rotinas, técnicas e burocracias.

O laboratório (CSC ou laboratório académico) para a SCeE representa um local privilegiado para a experiência de ensino/aprendizagem. Dos vários equipamentos que

constituem um laboratório de SCeE, destacamos os simuladores semelhantes à constituição física e fisiológica do corpo humano, utilizados como recursos nas experiências educativas. Os simuladores possuem diferentes níveis de fidelidade (baixa, média e alta-fidelidade) e utilizam a tecnologia para comandar as respostas humanas desejadas (simulação), segundo a orientação do professor ou do coordenador do projeto de simulação. A manipulação da tecnologia operada nos simuladores para obter uma resposta pretendida, pode ser entendida por alguns como inovação no processo de aprendizagem, se atendermos a que os simuladores podem ser programados para simular uma interação realista com os intervenientes no ambiente de simulação, no entanto, o foco da aprendizagem não poderá estar centralizado no recurso do ambiente, mas sim no empoderamento ativo do estudante.

Se aliarmos que o construcionismo poderá estar associado à tecnologia, não podemos desvirtuar que a inovação no processo de construção do conhecimento focaliza-se na ação, nos processos de construção e na matética, criando condições para o estudante, agente criativo do seu processo de aprendizagem, possa explorar o meio, expressar os seus sentimentos, promover espaço para a discussão dos fenómenos, construir uma realidade genuína e manipular ferramentas conducentes a uma aprendizagem significativa (Fino, 2017a).

No entanto, o plano de estudo submetido e aprovado pela instituição de acreditação do Ensino Superior Politécnico, no caso específico do ensino na Enfermagem, normaliza a ação curricular como um requisito fundamental a ser cumprido, isto é, existe uma arquitetura curricular globalizada e blindada em cumprir o programa educativo.

O “professor teria assim um papel de técnico de ensino, zelando para que a engrenagem fosse devidamente oleada em prol da eficácia e produtividade do sistema, visando o máximo de resultados com o mínimo de recursos” (Sousa, 2016, p. 113). Nesta ótica, poderá existir um embaraço contínuo com as melhores estratégias pedagógicas para construir um conhecimento sólido e robusto. O currículo na sua génese é portador de uma ortodoxia institucional, atendendo a que existem programas a serem cumpridos, instalações a serem utilizadas e avaliações a serem normalizadas, questionando Sousa (2016) até que ponto o currículo poderá ser emancipador.

Paulo Freire (2013) acreditava na Educação como uma prática da Liberdade, acreditava no homem como sujeito que age sob o seu meio e que é capaz de olhar para o mundo de uma

forma crítica e agilizar recursos adequados para dialogar e apreender os fenómenos envolvidos na interação socio cultural que estabelece com o outro.

Tal como o processo de conscientização pretendia fornecer ao oprimido os instrumentos necessários de leitura e escrita, tendo em vista a sua própria libertação, penso que é possível, também a escola proporcionar um terreno fértil para uma praxis de construção de conhecimento, assumindo o currículo uma dimensão emancipadora associada a um projeto de formação de sujeitos capazes de, conscientemente, refletir, produzir e transformar a sua existência e a do seu meio (Sousa, 2016, p. 118).

A natureza ortodoxa do currículo poderá criar algumas barreiras à libertação defendida por Freire, pela dificuldade em conciliar o livre pensamento criativo. Sousa (2016) no artigo que escreve sobre o currículo como emancipador, acredita que é possível uma certa flexibilidade no âmbito da ortodoxia curricular, desde que possamos fundamentar uma visão crítica e responsável nos valores globais da pós-modernidade.

sem querer desvalorizar a importância de se analisar, de forma crítica, o currículo (prescrito e ortodoxo) e o conhecimento académico por ele veiculado nas suas relações com o poder instalado, penso que é importante, também, encará-lo noutra perspetiva, como a sugerida por Freire e Young: a do empoderamento dos aprendizes, precisamente daqueles oriundos dos grupos sociais menos favorecidos. A não ser assim, que instrumentos de promoção social e cultural estará a escola a propiciar a estes grupos, se os relegarmos aos seus saberes práticos vivenciados no seu dia-a-dia? (Sousa, 2016, p. 118).

É desta forma que Sousa considera importante que seja dada voz aos vários protagonistas do espaço educativo, nomeadamente aqueles que se preocupam com os processos de construção do conhecimento, e o currículo que tem a missão de abrir os horizontes aos estudantes não pode estar alheio, assim como “não pode deixar que o senso comum se sobreponha ao conhecimento” (Sousa, 2018, p. 118). O facto é que a educação estabelece

várias conexões sociais e culturais na busca constante de uma emancipação humana, embora haja fortes ações do Estado para normalizar uma cultura expositiva e diretiva com fortes influências na construção do conhecimento.

Sobre a Resistência e a pedagogia crítica publicado por Giroux (1986), o autor descreve que:

Em uma sociedade desfigurada pela opressão de classes, pela opressão sexual e racial, e em perigo crônico de guerra e destruição ambiental, a única educação digna desse nome é aquela que forma pessoas capazes de tomar parte em sua própria libertação. O negócio da escola não é propaganda. É equipar as pessoas com o conhecimento, as habilidades e conceitos relevantes para a reconstrução de um mundo perigoso e desordenado (Connel et al., 1982, citado por Giroux, 1986, p. 155).

No seio de uma sociedade democrática, a Escola como ambiente, hoje, proporciona uma oportunidade extraordinária para a produção de *insights* e cria espaços para refletir criticamente sobre as vicissitudes dos contextos sociais e culturais de uma sociedade democrática. Nesse contexto, a escola assume-se como local de reprodução sociocultural, e um espaço de debate, provavelmente para os mais ativos e contestatários. Giroux (1986) documenta alguns pressupostos essenciais que devem suportar a escola, assim como o ambiente pedagógico, nomeadamente a necessidade de um discurso crítico (pedagogia crítica) que represente várias classes sociais, e o reconhecimento da escola como local preferencial para o contraditório, que embora blindada pela política educacional dos interesses históricos continua a ser um espaço privilegiado para a difusão do conhecimento e de práticas sociais emancipatórias.

Na opinião de Giroux (1986) “as escolas produzem formações sociais em torno da exploração das classes, gênero e raça, mas simultaneamente contêm pluralidades contraditórias que geram possibilidades tanto para a mediação quanto para a contestação das ideologias e práticas dominantes” (p. 157). No entanto, a escola não é o único espaço dotado para aprender e pode assumir-se de identidade para propagar um discurso crítico em torno das normas enraizadas de uma cultura curricular ortodoxa institucionalizada. Nesta ótica, a pedagogia radical emerge em desenvolver um discurso crítico de interesse

coletivo e acerva-se na natureza contraditória como um ponto de partida chave, em torno de fazer emergir condições que capacitem o Homem a reivindicar as suas razões, muitas vezes oprimidas por fatores institucionais.

A escola como ambiente de aprendizagem deverá, assim, utilizar táticas não coercitivas que promovam a construção de um desenvolvimento psicológico e intelectual consistente nos estudantes. Ou seja, “olhar para as coisas de outra forma, virá-las do avesso, considerar perspectivas que ainda não tiveram voz, pode ajudar-nos a assumir uma postura mais crítica, mais aberta e mais compreensiva em relação àquilo que estamos a estudar e à maneira como a fazemos” (Hargreaves, 1998, p. 45).

O estudante não deve ser considerado como um agente passivo na interpretação e no tratamento da informação que acolhe, isto porque, à luz da hermenêutica, a linguagem e o pensamento do Homem produz significados, como produto do meio em que está inserido. A racionalidade hermenêutica não perspetiva o conhecimento como unidimensional, blindado pela unilateralidade, autoritarismo, ausência de debate e inclusão e, nesse sentido, urge superar as limitações desse saber monológico e potenciar abordagens polifónicas na construção do conhecimento e na busca de ambientes inclusivos e enriquecedores. Como nos documenta Paulo Freire (2001) “fazendo educação numa perspetiva crítica, progressiva, nos obrigamos, por coerência, a engendrar, a estimular, a favorecer, na própria prática educativa, o exercício do direito à participação por parte de quem esteja direta e indiretamente ligado ao que fazer educativo” (p. 34). Salientamos, assim, a importância que a prática educativa desempenha na evolução da sociedade, pelo cariz do fenómeno exclusivamente humano e como ser social e histórico, que adota uma entrega inata às experiências de ensinar e de aprender.

O processo educativo envolve o sujeito, ser que aprende com as experiências e ensina aprendendo simultaneamente como educador e educando, o objeto do conhecimento ministrado pelo professor e aprendido pelo estudante (Freire, 2001).

Não obstante:

Se os seres humanos não tivessem virado capazes, por causa, entre outras coisas, da invenção da linguagem conceitual, de optar, de decidir, de romper, de projetar, de refazer-se ao refazer o mundo, de sonhar; se não se tivessem tornado capazes de valorar, de dedicar-se até ao sacrifício ao sonho por que lutam, de cantar e decantar

o mundo, de admirar a boniteza, não havia por que falar da impossibilidade da neutralidade da educação. Mas não havia também por que falar em educação. Falamos em educação porque podemos, ao praticá-la, até mesmo negá-la (Freire, 2001, p. 35).

Se nós cuidarmos dos princípios fundamentais de uma educação que enfatiza a inclusão, a autonomia e o pensamento crítico e tivermos em consideração o conhecimento e a experiência do educando como um dos sujeitos da prática educativa, potencializamos um ambiente propício para o educador ensinar e para o educando aprender. Esse processo de ensino e de aprendizagem não poderá ser percebido, naturalmente, como uma transferência automática e mecânica de saberes, mas um processo de embeber nos estudantes, epistemologicamente curiosos, experiências significativas que “vão se apropriando da significação profunda do objeto somente como, apreendendo-o, podem aprendê-lo” (Freire, 2001, p. 36), constituindo momentos extraordinários de progresso, autorrealização e satisfação. Assim, na sua experiência, o estudante vai construindo e moldando-se de acordo com a prática social experienciada, atendendo a que efetivamente ninguém nasce moldado.

Interessante identificar o nível de reflexão de Freire (2013) sobre a concepção bancária da Educação, no caso particular sobre a relação estabelecida entre o educador e o educando. O educador exerce a sua ação profissional junto do educando e quanto maior a sua amplitude de conteúdo transmitido, melhor educador será e os educandos serão melhores quando acolhem o máximo conteúdo transmitido na íntegra. A educação assemelha-se ao ato de transmitir conteúdos pelos educadores e o ato de receção desses conteúdos pelos educandos.

Nesta breve descrição sobre o papel do educador/professor e o educando/estudante nas experiências de ensino/aprendizagem, lembro-me da experiência de SCeE. A SCeE proporciona a oportunidade para um espaço de reflexão em relação às experiências pedagógicas desenvolvidas nos ambientes de aprendizagem, nomeadamente o papel que desempenha o professor e o estudante. Se atendermos a que o professor tenta cumprir um programa curricular, aprovado pelo conselho científico do estabelecimento de ensino, interpretamos também que o programa pode ser acrescido a estratégias complementares para responder às expectativas dos estudantes, ou seja, desenvolver um projeto de SC

congruente com o desejo inato do professor em normalizar os procedimentos e os resultados esperados no estudante.

O facto é que hoje o papel que o professor exerce na ação educativa não pode ser condicionado pela natureza de que os educandos serão sempre os que não sabem (Freire, 2013). “A rigidez destas posições nega a educação e o conhecimento como processos de busca” (Freire, 2013, p. 65). A visão da Educação como um depósito “bancário” valoriza uma prática de depositar, transferir e transmitir valores e conhecimentos. Será que o educador poderá enfatizar-se como aquele que educa e os educandos os que são educados, o educador o que sabe e os educandos não sabem, o educador pensa e os educandos são pensados, o educador escolhe os conteúdos programáticos e os educandos acomodam-se a ele e o educador é o sujeito do processo e os educandos meros objetos? (Freire, 2013).

Se considerarmos as práticas educativas realizadas no laboratório de SCeE, catalogada como experiência de aprendizagem, muitas das premissas anteriormente descritas poderão ser uma realidade. Nesta perspetiva, há que considerar que se esta prática vem emergindo naturalmente, poderá condicionar a consciência crítica dos educandos como sujeitos no seu próprio processo de aprendizagem. Como documenta Freire “se os homens são estes seres da busca e se sua vocação ontológica é humanizar-se, podem, cedo ou tarde, perceber a contradição em que a “educação bancária” pretende mantê-los a engajar na luta por sua libertação” (2013, p. 68).

A prática educativa na SCeE inserida no plano curricular e no espaço Escola recomenda o sentido da humanização autêntica e envolvida, na entrega e no companheirismo. Só assim a SCeE poderá esbater uma prática diretiva fortalecida pelo poder transmissível de debitar conteúdos e experiências incutidas para o educando/estudante, com a condição de adquirir conhecimento e de desenvolver competências profissionais. O professor/educador, nas práticas educativas, tem a responsabilidade de selecionar a temática que pretende desenvolver e o estudante/educando procura responder com a aquisição desses subsídios.

Na sua nota introdutória sobre o currículo da contemporaneidade, Sousa (2022a) numa reflexão a duas sobre as teorias críticas e pós-críticas do currículo, menciona a Escola como um espaço de intervenção pedagógica em que:

Ela existe numa relação direta com o Currículo, entendendo este, numa definição mais ampla, como tudo o que se aprende na Escola, após as perdas que se operaram desde que foi idealizado (Currículo ideológico), passado e escrito (Currículo

formal, oficial, expresso), entendido pela Escola (Currículo percebido), posto em prática pelos professores (Currículo operacional), até chegar ao que foi vivenciado pelos alunos (Currículo experiencial). Como vemos, o Currículo abarca uma pequena parte do Currículo idealizado. Mas, por outro lado, sendo tudo o que se aprende na Escola, também abarca grande parte veiculada de forma sub-reptícia, como os papéis sociais, sexuais, através das atitudes, relações, organização e funcionamento da Escola, ou seja, o Currículo oculto (Sousa, 2022a, p. 57).

Identificamos, assim, uma forte solidez do currículo na orientação das práticas educativas na Escola e também na SCEE. Há uma cultura de munir os educandos/estudantes de conteúdos e de comunicados, como uma condição predefinida para a aquisição do saber, ou seja, a concepção bancária criticada por Freire (2013). O Homem alimentado pelos valores humanistas procura naturalmente a busca da libertação, e a concepção bancária torna-se um legado alvo da sociedade revolucionária, na busca de uma libertação autêntica que promove a humanização como processo e não como alvo de depósito de conteúdos e premissas.

A visão humanizada não vê o Homem como um depósito de conteúdos, mas como corpos conscientes e empoderados na problematização e na relação com o meio envolvente. Ou seja, como nos refere Freire:

a educação libertadora, problematizadora, já não pode ser o ato de depositar, ou de narrar, ou de transferir, ou de transmitir “conhecimento” e valores aos educandos, meros pacientes, à maneira da educação “bancária”, mas um ato cognoscente. Como situação gnosiológica, em que o objeto cognoscível, em lugar de ser o término do ato cognoscente de um sujeito, é o mediatizador de sujeitos cognoscentes, educador, de um lado, educandos, de outro, a educação problematizada coloca, desde logo, a exigência da superação da contradição educador-educando, sem esta, não é possível a relação dialógica, indispensável à

cognoscibilidade dos sujeitos cognoscentes, em torno do mesmo objeto cognoscível (Freire, 2013, p. 75).

Na verdade, o contraditório entre os educadores e os educandos escora o processo de libertação na prática educativa e a relação da parceria desenvolvida no processo de aprendizagem. A construção da aprendizagem envolve uma dinâmica estrutural, em que os intervenientes se tornam sujeitos e vivenciam argumentos em parceria com o foco central. No entanto, os ambientes de aprendizagem na SCeE ainda desenvolvem práticas dicotomizadas pelo educador/professor como um agente cognoscente sobre o objeto cognoscível. Nessa ótica, como pode haver conhecimento se os educandos/estudantes são chamados a narrar aquilo que é incutido pelo educador/professor?

A Educação problematizadora, sustentada pela libertação, utiliza o diálogo como recurso para desvendar a realidade, resistindo ao fenómeno da deposição bancária, meramente narrativa, expositiva e que condiciona a criatividade e a argumentação crítica.

Se atendermos a que hoje a educação age como ação transformadora do Homem e como mediatizador dos sujeitos, emerge naturalmente nos estudantes e nos professores novas fontes de conhecimento, desenvolvidas nas experiências pedagógicas partilhadas, superando o autoritarismo obsessivo de debitar conteúdos a serem apreendidos pelo recetor. A aprendizagem encontra terreno fértil quando enfatiza uma interação dinâmica sobre a ideologia como sistema de ideias, representações, que domina o espírito do homem/grupo social (Althusser, 1970) e o desenvolvimento de uma comunicação construtiva do conhecimento.

2.1 - A Educação em Enfermagem

A Educação em Enfermagem prima-se por formar profissionais enfermeiros competentes e que sejam capazes de exercer o cuidar à pessoa, família e comunidade em qualquer contexto. Neste sentido, a formação dos estudantes de Enfermagem desenvolve-se num campo altamente qualificado e prepara os indivíduos com referenciais teóricos e práticos complexos conducentes com o contexto da prática real.

Os níveis de educação em enfermagem ao longo dos tempos evoluíram como resposta às exigências de uma comunidade, em contextos complexos de saúde e a vivenciarem experiências de saúde/doença decorridas das vicissitudes do dia a dia.

A formação inicial dos enfermeiros iniciou-se com os cursos técnicos. Posteriormente, houve o Bacharelato em enfermagem, inserido no Ensino Superior Politécnico, formação superior, com o objetivo de capacitar os enfermeiros de autonomia e responsabilidade nos processos de decisão da saúde/doença dos utentes alvo de cuidados. Associado a esta evolução, surgiram também a formação pós-graduada e as especializações nas várias áreas de necessidades de cuidados como: pediatria, obstetrícia, médico-cirúrgica, saúde mental, geriatria e reabilitação.

Os programas de mestrado e doutoramento focados no ensino, na investigação e liderança em enfermagem, também mostraram uma evolução fundamental que suportaram com robustez a Enfermagem como ciência e profissão. O desenvolvimento do currículo fortaleceu-se em áreas essenciais do comportamento humano, nomeadamente nas ciências básicas de anatomia, fisiologia, microbiologia e bioquímica, além da psicologia, sociologia e antropologia na compreensão do comportamento humano e social.

A ciência de Enfermagem, fundamentada nos cuidados inerentes às necessidades da comunidade, com práticas clínicas e estágios em instituições de saúde (hospitais, centros de saúde, clínicas, lares) supervisionadas por enfermeiros, possibilitou consolidar a componente tecnicista e o conhecimento da Ética e da Legislação das normas e regulamentos da profissão de enfermagem, permitindo enfrentar os desafios inerentes da sociedade atual (Regulamento n.º 613/2022, 2022).

Os métodos de ensino operados e frequentemente utilizados na educação em Enfermagem, compreendia a exposição de conceitos e teorias essenciais para uma prática clínica, através de aulas teóricas. Como complemento, salientamos a utilização de laboratórios de simulação em ambiente controlado, em que o estudante pode praticar técnicas em cenários simulados, possibilitando um melhor desempenho da experiência do exercício da enfermagem em ambiente real, nos locais da prática de saúde sob a orientação de profissionais experientes em supervisão clínica.

A primeira Escola de Enfermagem criada formalmente em Portugal foi em 1881, dando início ao surgimento de outras escolas por todo o País. O exemplo da Santa Casa da

Misericórdia do Porto, em 1916, e a criação de várias escolas por todo o país, promovendo condições para uma oferta efetiva na formação de excelência aos seus cidadãos.

Com o Decreto-lei n.º 36:219 (1947), o Ministério do Interior formalizou o ensino da enfermagem em cursos gerais e especializados, lecionados nas escolas públicas ou particulares. A necessidade de formar profissionais de enfermagem competentes, para responder às necessidades de cuidados de saúde da comunidade, agilizou o Estado a ministrar cursos de enfermagem em regime de internato, sendo até criados alojamentos para o efeito. O Artigo 5.º do capítulo I deste Decreto-lei faz referência que o ensino em enfermagem deveria ser preferencialmente orientado no sentido da preferência do pessoal feminino, com a exceção de algumas especialidades específicas como a psiquiatria e a urologia (Decreto-lei n.º 36:219, 1947).

A Lei n.º 62/2007 de 10 de setembro estabeleceu o regime jurídico das instituições do ensino superior, com a regulação da organização e funcionamento das Universidades e Institutos Politécnicos, incluindo os cursos de enfermagem, assim como a atribuição de competências dos seus órgãos e a fiscalização pública do Estado, enquadrado na sua autonomia. A missão do Ensino Superior objetiva “qualificação de alto nível, a produção e a difusão do conhecimento, como a formação cultural, artística, tecnológica e científica dos seus estudantes, num quadro de referência internacional”, e estimula a formação intelectual e profissional dos seus estudantes em assegurar condições de aprendizagem ao longo da vida (Lei n.º 62/2007, 2007, p. 6358).

Em 1999, destacou-se o desenvolvimento de uma rede de escolas públicas no sentido da integração mais ampla, como os Institutos Politécnicos e as Universidades, uma reorganização do modelo de formação dos estudantes no CLE e formação especializada suportada pelo Decreto-Lei n.º 353/99 (1999). O grau de Licenciatura foi considerado uma etapa estrutural na formação dos enfermeiros, permitindo assegurar a formação científica, técnica, humana e cultural para o nível da prestação e gestão dos cuidados de saúde à pessoa ao longo do seu ciclo vital, assim como à família, à comunidade e aos grupos nos três níveis de prevenção.

A formação dos enfermeiros dirigida à maior participação na gestão dos cuidados de saúde e práticas de investigação de suporte à criação de novos saberes constituiu um avanço fulcral. Salientamos o plano de estudos do curso de Licenciatura em Enfermagem, com definição clara de créditos, distribuição de horas teóricas, teórico-práticas e práticas

laboratoriais, permitindo construir uma estrutura sólida do currículo no ensino da enfermagem, embora com potencial de emancipação, para atender às necessidades dos estudantes, predominantemente críticos e criativos.

Constitui uma referência importante do Ensino da Enfermagem a implementação do Processo de Bolonha em Portugal em 2005, com os cursos superiores estruturados em três ciclos e a atribuição de *European Credit Transfer and Accumulation System* (ECTS) em substituição do sistema de créditos, como consignado no Decreto-Lei n.º 173/80, de 29 de maio. Com a introdução do processo de Bolonha, preconizava-se uma importante mudança no paradigma da formação, centralizado nas competências que os estudantes devem adquirir e projetando as etapas da vida do adulto em ligação com a evolução do conhecimento e dos interesses individuais e coletivos. Tornou-se necessária uma adaptação do processo de aprendizagem de acordo com as expectativas da sociedade moderna e os meios tecnológicos, tornando o ensino mais competitivo no mercado internacional, atrativo e próximo da sociedade (Decreto-Lei n.º 42/2005, 2005).

Assumindo a complexidade do educar em enfermagem, torna-se fundamental identificar as melhores estratégias pedagógicas nas práticas do CLE, no sentido de proporcionar aos estudantes e futuros profissionais uma prestação de cuidados qualificada. O cuidar, essência da ciência e da profissão de enfermagem, necessita da SCeE como ambiente de aprendizagem para desenvolver competências fundamentais nos seus estudantes, preparando-os para um cuidar holístico e para a melhoria contínua e excelência na qualidade dos cuidados.

A SCeE pressupõe uma abordagem centrada no aprendiz, atendendo a que valoriza as diferenças individuais e personaliza essas diferenças nos ambientes de aprendizagem. Por outro lado, a prática simulada também promove habilidades no processamento cognitivo, essenciais para a construção de deduções e integração de informações apreendidas (Duman & Çelik, 2012). Neste sentido, o status cognitivo de um aprendiz pode condicionar a forma como encara a resolução de um problema, no entanto, a necessidade de personalizar a aprendizagem com estilos cognitivos diferentes, assume-se como uma prioridade (Duman & Çelik, 2012).

Assim, as experiências educativas com vista a estimular a cognição na SCeE devem utilizar cenários em convergência com o contexto real, cativando a atenção dos aprendizes e estimulando a análise interpretativa para a resolução de problemas. Como nos refere

Duman e Çelik (2012) o foco central da aprendizagem visa: dotar de habilidades de pensar sobre um problema; usar informações em situações da vida real; reconhecer os seus deficits de informação e sugerir soluções alternativas para um problema.

O cenário cognitivo baseado em experiências reais assume uma importância fulcral e, como nos refere Duman e Çelik (2012), devem: partir da improvisação dos problemas em conformidade com as experiências da vida real; permitir integrações; ser adequado para apoiar com exemplos; deixar os aprendizes curiosos a pensar sobre o assunto; estar de acordo com o nível dos aprendizes; ser funcional para a vida diária; fazer uso de dados objetivos sem favorecer nenhum lado e conter problemas cujas soluções não são certas e dão a oportunidade dos aprendizes apresentarem soluções originais.

As preocupações dos mediadores inseridos no processo de aprendizagem na disciplina de Enfermagem, enfermeiros, professores e tutores, convergem assim com a finalidade do Ciclo de Estudos em Enfermagem: dotar um licenciado de desenvolvimento pessoal, cultural, científico, social, ético, crítico e com capacidades de aperfeiçoamento que o capacite para uma tomada de decisão enquanto profissional, otimizando as melhores estratégias impulsionadoras de aprendizagem, com a maior satisfação possível no processo de construção dessa aprendizagem (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

A SCeE emerge naturalmente como estratégia inovadora em identificar, descrever e intervir em fenómenos de enfermagem/saúde, assim como enaltecer a importância da investigação para produzir evidência científica para a prática profissional com elevados padrões de qualidade. Isto é, comungar a interligação entre a teoria e a prática, criando espaço para uma aprendizagem em que o estudante organiza o seu espaço crítico e é capaz de potenciar o seu crescimento ao nível do conhecimento e com isso ser capaz de interiorizar uma linha estratégica para fomentar novas estratégias de ação no campo da prática (contexto real e desenvolvimento de novas competências).

A experiência de SCeE estimula e busca a satisfação dos estudantes nos seus processos de aprendizagem. Este é um resultado imprescindível, na medida em que está associado a um maior envolvimento no processo e a uma maior motivação para a aprendizagem (Batista, et al., 2014). No entanto, os resultados com a prática simulada são mais significativos quando associados a ambientes realistas, a tecnologias modernas de som e imagem, a simuladores de alta-fidelidade e quando é realizado um *debriefing* sobre a experiência vivenciada (Martins, et al., 2012). Assim, nesta ótica, a simulação proporciona ao aprendiz uma

experiência construtiva e um pensamento crítico e racional, com experiências únicas num contexto simulado com cenários realistas (cenários de alta-fidelidade).

Nas práticas simuladas os estudantes mobilizam conhecimentos e aplicam habilidades instrumentais apreendidas. Logo, é de todo o interesse um suporte estrutural obtido através de uma pesquisa individual, sob orientação do mediador, e no início de cada contexto de prática simulada solicitar a partilha dessa informação, assim como do conhecimento desenvolvido, possibilitando um papel ativo do mediador do processo de aprendizagem implícito na ZDP (Vygotsky, 1991).

Só assim podemos interiorizar a SCeE como uma metodologia pedagógica e um espaço privilegiado para:

- a) Desenvolver competências no atendimento à pessoa alvo de cuidados de Enfermagem, onde o estudante identifica prontamente focos de instabilidade, responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade, executa cuidados técnicos dirigidos à pessoa a vivenciar o processo de saúde, diagnostica e implementa respostas de Enfermagem apropriadas às complicações, monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados e demonstra conhecimentos na comunicação no atendimento à pessoa/família;
- b) Identificar fenómenos alvo de atenção em que o aprendiz descreve os sinais vitais e o status de consciência da pessoa, identifica a combinação de parâmetros fisiológicos e anatómicos e analisa a existência de comorbilidades associadas ao contexto de saúde da pessoa;
- c) Identificar a organização e a dinâmica de uma equipa de saúde no atendimento à pessoa em contexto de saúde/doença, descrever a dinâmica de uma equipa de saúde, identificar as características da equipa e descrever a organização documental dos fenómenos de enfermagem;
- d) Explorar os princípios da colheita de dados para a construção do processo de enfermagem, demonstrar liderança no estabelecimento de prioridades e na tomada de decisão e identificar os recursos necessários no atendimento à pessoa a vivenciar os seus processos de saúde/doença;
- e) Explorar os princípios da avaliação secundária e utilizar dados nessa avaliação, assim como identificar os procedimentos complementares de diagnóstico e terapêutica;

- f) Desenvolver competências na administração de fármacos à pessoa a vivenciar processos de saúde, diagnosticando e identificando precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos;
- g) Monitorizar as respostas de enfermagem apropriadas e avaliar a adequação das respostas aos problemas identificados;
- h) Avaliar o contributo da enfermagem no atendimento à pessoa a vivenciar processos complexos de saúde /doença.

A SCeE promove, assim, uma transição entre a teoria e a prática, apropriando os alunos/aprendizes/estudantes a utilizar o conhecimento crítico, a formular diagnósticos e a interiorizar os processos de decisão e de aprendizagem, habilitando-os para a prática clínica profissional (Vygotsky, 1991).

Atualmente, a formação dos profissionais na área da saúde necessita de um conhecimento alargado sobre as novas tecnologias que emergem a uma velocidade exponencial, exigindo novas formas de transferência de saberes e uma postura pró-ativa no papel que os professores e os estudantes desenvolvem. É pela formação teórica e prática que os enfermeiros permanecem atualizados, mobilizam os conhecimentos para os contextos práticos e realizam práticas centradas em cada paciente, fundamentadas nas evidências cognitivas e empíricas.

Para Vygotsky, as funções cognitivas aparecem duas vezes no desenvolvimento cultural, primeiro a nível social, ou seja, interpsicologicamente e, depois, a nível individual, isto é, intrapsicologicamente. Refere, ainda, que a apropriação do conhecimento consiste no momento em que o aprendiz interiorizou ou aprendeu determinada informação ou conceito e é capaz de utilizar esse conhecimento (Correia, 2011, p. 76).

A perspetiva de submergir alguns modelos tradicionais do ensino que ainda incorporam a aprendizagem prática, centrada unicamente nos docentes, com elevado número de estudantes e a falta de uniformidade e oportunidades no processo de ensino-aprendizagem, constitui uma preocupação pela existência contextual de algumas experiências na formação, resultando uma enfermagem mais centrada nas organizações e nos processos e nem sempre verdadeiramente científica (Martins et al., 2012).

Os contextos formativos em saúde podem munir-se de vários recursos de aprendizagem, como é exemplo a SCeE. Não obstante do contexto, a estratégia a adotar para potenciar uma aprendizagem significativa a nível técnico ou relacional deverá ser determinada por mútuo acordo entre os intervenientes do processo de aprendizagem. Por exemplo, o uso de um simulador ou *Roll Play* (representação real), atendendo aos objetivos propostos, constitui uma estratégia de aprendizagem inovadora e suscetível de gerar conhecimento, desde que consentida pelos intervenientes do processo. No estudo desenvolvido por Macedo e Andrade (2024), sobre o uso do *Roll Playing game* como uma ferramenta de ensino e aprendizagem para os conceitos de evolução biológica, foi identificado que a interação estabelecida entre o professor, o aluno e o instrumento de *Role Playing* convergem com os pressupostos da teoria proposta por Vygotsky sobre a interação social e o uso do instrumento interativo no desenvolvimento cognitivo, pela presença dos processos lúdicos em interação com o conhecimento que o aluno possui sobre o tema.

O propósito da SCeE é de facto replicar o contexto de uma situação clínica, fácil de interiorizar e perceptível por parte do estudante, permitindo uma resposta eficaz quando algo semelhante acontecer no contexto real (Martins et al., 2012). O treino de habilidades específicas é fundamental, e o recuso à SCeE assume-se como estrutural no processo de aprendizagem, criando a oportunidade de construir o conhecimento, consolidar o raciocínio, fortalecer a tomada de decisão, habilitar competências técnicas, relacionais e éticas. Neste sentido, as experiências na SCeE promovem um desempenho de competências acrescidas ao nível da autoeficácia e autoconfiança, na educação do paciente, na satisfação dos estudantes, no desenvolvimento de capacidades para a resolução de problemas, no pensar e agir como profissional de saúde e na aquisição de competências de comunicação, quando comparadas aos métodos tradicionais de ensino (Martins et al., 2012).

2.1.1 – Educar para o cuidar holístico

O termo holístico procura uma abordagem integral e abrangente para compreender um fenómeno envolvendo todos os aspetos interrelacionados. O termo holístico deriva da palavra grega “holos” que significa “todo” ou “inteiro”. Uma abordagem holística busca

compreender a dinâmica e a interação de todas as partes que envolvem um determinado fenômeno e a interligação entre elas.

As teorias de enfermagem têm emergido em resposta às expectativas criadas pela sociedade, plena de conhecimento sobre os seus direitos e a resposta que pode obter. Nesse âmbito, a enfermagem tem dado largos passos na sua afirmação como ciência e profissão no seio da comunidade que serve. A evolução da saúde e da educação têm contribuído largamente para a compreensão da arte e a ciência do cuidar, assim como as suas potencialidades.

A arte e a ciência do cuidar têm sido fortalecidas pelas teorias de enfermagem ao longo dos tempos. A teoria de Afaf Meleis, cientista americana, que desenvolveu a teoria das transições e que permitiu uma melhor compreensão dos processos de transição de saúde / doença, numa visão mais completa para a prática profissional humanizada, representa uma teoria com significado para a compreensão dos fenómenos e para a valorização da ciência de enfermagem (Meleis, 2012).

Se podemos discutir sobre a origem da enfermagem, e quando é que ela foi conceptualizada como ciência e profissão, remontamos certamente para os tempos em que a conhecida Florence Nightingale, com a sua teoria ambientalista, enfatizou a importância do ambiente como fator primordial na promoção da saúde. Identificou as condições nutricionais, de higienização, ventilação e luminosidade como fundamentais para a promoção da saúde e reparação da doença. Como nos refere Haddad e Santos (2011) “a visão de Florence objetivava priorizar o fornecimento de um ambiente estimulador do desenvolvimento da saúde para o paciente. Ela acreditava que isso faria um diferencial na recuperação dos doentes, e são esses preceitos que sustentam a Teoria Ambiental” (p. 756). Os princípios básicos da teoria de Nightingale constituíram referências para a construção dos currículos desenvolvidos nas escolas de enfermagem, com predominância para a prática de cuidados holísticos.

A teoria de Virgínia Henderson surgiu no seguimento do trabalho iniciado por Nightingale e estabeleceu a enfermagem como ciência capaz de explicar e descrever os fenómenos de enfermagem com foco nas necessidades humanas básicas. Henderson referenciou necessidades humanas básicas e concetualizou a enfermagem capaz de ajudar a alcançá-las, com a maior satisfação possível. Ferrari et al., (2014), num estudo de revisão sobre a aplicabilidade da teoria de Virgínia Henderson para a fundamentação da Enfermagem, fragilidades e potencialidades, identificou que a teoria contribuiu para a melhoria da

qualidade do atendimento nos cuidados que envolvem a promoção da saúde, a prevenção da doença e o cuidar na reparação dos processos de doença. A teoria de Virgínia Henderson foi criada na década de 60 e representou um avanço significativo da enfermagem como ciência e profissão, essencialmente pela responsabilidade pública para construir o desenvolvimento equilibrado de uma sociedade na área da saúde e na educação para a saúde. É possível identificar a aplicabilidade da teoria de Henderson aos contextos da prática de enfermagem, no entanto “necessita de uma atualização quanto aos termos envolvidos por entender que o ser humano não se resume somente às 14 necessidades humanas, mas sim numa complexidade que envolve o cuidar em enfermagem” (Ferrari et al., 2014, p. 55).

A Teoria do autocuidado da Dorothea Orem, adotada pelos serviços de saúde da RAM, enfatizou a importância do empoderamento do utente/paciente no seu processo de saúde, essencialmente em capacitá-los no processo ativo do autocuidado. A teoria do déficit de autocuidado de Orem, integrada na teoria dos sistemas e do autocuidado, concetualizada entre 1959 e 1985, baseia-se em desenvolver atividades que favorecem a evolução de fenómenos com o objetivo de preservar a vida e o bem-estar da pessoa, ou seja, insere-se no “âmbito, complexidade e utilidade clínica, na capacidade de gerar hipóteses e por acrescentar conhecimento ao corpo de enfermagem” (Queirós et al., 2014, p. 163). Nesta ótica, a teoria de Orem contribuiu para a conceção dos currículos educativos em vários ambientes académicos de formação graduada e pós-graduada, com o propósito de expandir a ciência e compreender a natureza dos seres humanos em interação com o ambiente, assim como o impacto que essa interação exerce no bem-estar e na saúde (Queirós et al., 2014).

Hildegard Peplau preocupou-se com a relação profissional entre o enfermeiro e o paciente, utilizando como recurso técnicas de comunicação e habilidades interpessoais e estabeleceu uma comunicação terapêutica eficaz. A teoria de Hildegard Peplau, de 1952, constituiu uma base teórica que se preocupou efetivamente com o fenómeno das relações interpessoais e com a natureza da sua construção para potenciar o crescimento da pessoa alvo de cuidados, objetivando a relação terapêutica (Bittencourt et al., 2018).

Watson também contribuiu para o crescimento da enfermagem e mais tarde introduziu o conceito da humanização nos cuidados de saúde, elemento-chave da ação da enfermagem na abordagem holística. A menção ao cuidar espiritual com alma, cuidar transpessoal, metafísica e fenomenologia, constituem conceitos embutidos na natureza de um cuidar holístico nas várias dimensões da pessoa. Como nos referem Evangelista et al., (2020) “a

integração destas dimensões poderá promover um cuidar mais efetivo do que quando voltado apenas para a cura, que nem sempre é possível” (p. 5).

A teoria de Madeleine Leininger aborda a necessidade de um cuidar culturalmente competente, salientando a importância das crenças e das práticas culturais da pessoa alvo de cuidados. Os conceitos básicos da enfermagem transcultural segundo Leininger fundamentam-se na cultura, no cuidado, nos valores culturais, no valor cultural do cuidado, na diversidade cultural do cuidado, na universalidade cultural do cuidado, na visão do mundo, na estrutura social no contexto de cuidado, na cura e no sistema de saúde. Leininger (1978) “acredita que a teoria transcultural seja capaz de prever e explicar os padrões do cuidado humano das diversas culturas, bem como possibilitar a identificação de valores, crenças e práticas populares dos profissionais e da enfermagem” (Gualda & Hoga, 1992, p. 78), assim como também “acredita que, por meio deste conhecimento, as decisões e as ações de enfermagem podem tornar-se congruentes e benéficas para aqueles que são assistidos” (Gualda & Hoga, 1992, p. 78).

Os contributos das teorias de enfermagem permitem uma intervenção abrangente e holística no cuidar humano. No entanto, a complexidade do cuidar personalizado e conducente com a expectativa da comunidade que serve constitui um desafio. Assim, emerge a necessidade de formar profissionais capazes e competentes para atender às necessidades da comunidade que serve. Entende-se por competência um comportamento observável e demonstrativo de ser capaz de resolver problemas. Patrícia Benner estudou e criou a teoria do desenvolvimento das competências e descreveu o comportamento do enfermeiro, desde o início da sua atividade profissional até ser perito. A qualidade da formação integra uma base estruturante para definir o perfil de um futuro profissional e as práticas pedagógicas desenvolvidas na formação dos futuros profissionais deverão ser conducentes com o perfil profissional desejado (Benner, 2001).

A Educação e a Enfermagem exercem, assim, uma ação primordial na elaboração de estratégias educativas capazes de garantir uma formação abrangente e baseada em evidência das práticas emergentes. A melhoria contínua da qualidade dos cuidados à comunidade, assume-se como uma meta inegável e o foco humanístico das práticas de Enfermagem revelam a importância de potenciar cada vez mais um cuidar holístico. A ciência e a educação em enfermagem exercem um papel primordial para preparar os estudantes e capacitá-los com competências específicas para a ação prática.

Assim, as interações pedagógicas desenvolvidas pelos estudantes procuram a construção de um conhecimento significativo, e os professores/mediadores desse processo visam a otimização das melhores práticas para atender às exigências da ciência e da profissão, assim como acolher as expectativas e proporcionar satisfação aos estudantes na construção desse conhecimento.

2.2 - A teoria vigotskiana e a construção da aprendizagem

Lev Semyonovitch Vygotsky, russo que nasceu a 5 de novembro de 1896, na cidade de Orsha, no nordeste de Minsk, na Bielorrússia, e completou o primeiro grau em 1913, em Gomel, com medalha de ouro, e que em 1917 se especializou em literatura, com várias ações de formação sobre os problemas da literatura e da ciência, e como psicólogo e pedagogo na ação de investigação das funções psicológicas superiores do ser humano de difícil observação: a percepção, a atenção voluntária, as emoções, o pensamento, a linguagem, o comportamento humano e a resolução de conceitos estruturais do conhecimento humano. Aqui nascia provavelmente uma base sólida sobre a importância da comunicação para o desenvolvimento de uma teoria centrada na aprendizagem dos estudantes e liderada por uma série de estudos científicos que procuraram conhecer o comportamento humano na esfera da aprendizagem.

O envolvimento do processo da aprendizagem tem-se revelado um desafio constante na procura de ambientes que promovam sinergias construtivas, interativas e inovadoras no contexto da aprendizagem. A teoria vigotskiana destaca o progresso cognitivo e social do homem. A fundamentação teórica assenta a sua estrutura em três referências fundamentais: o uso de um método genético ou de desenvolvimento, a afirmação que as mais elevadas funções mentais do indivíduo emergem de processos sociais e a afirmação do que os processos sociais e psicológicos humanos se formam através de ferramentas ou artefactos culturais que medeiam a interação entre os indivíduos e os envolvimentos físicos, como nos refere Wertsch (1993) citado por Fino (2001).

A teoria histórico-cultural de Vygotsky, também conhecida como sociointeracionista, estabelece, assim, a relação social na aprendizagem, e como ponto de partida as funções psicológicas elementares e superiores interagem no processo social, que é mutável (contexto) com a base biológica do comportamento humano. Vygotsky (1991) observou que os pontos de partida da aprendizagem são as estruturas orgânicas determinadas pela

maturação, e que esse processo potencia a aprendizagem, fortemente influenciado com as experiências sociais. Assim, existem duas linhas fundamentais de desenvolvimento, a elementar de base biológica e um processo superior de origem sociocultural.

Uma área particularmente importante da teoria de Vigotsky, citado por Fino (2001), é a existência de um potencial desenvolvimento cognitivo que medeia o nível atual (capacidade atual) e o nível potencial para a resolução de problemas sob a orientação de um tutor/orientador/professor.

A ênfase que Vygotsky implementa na sua teoria é a importância da interação, uma vez que as mais elevadas funções de um indivíduo emergem de fenômenos sociais (Fino, 2001). A reflexão da intervenção na ZDP, espaço nobre de interação entre o aprendiz e o tutor, dá uma nova perspectiva construtiva para o desenvolvimento cognitivo do aprendiz, identificada como “janelas de aprendizagem” (Fino, 2001).

O homem é um ser histórico-social moldado pela cultura que ele próprio cria (Vigotsky, 1991). A interação social determina a essência do indivíduo, através da relação que estabelece com os outros e a linguagem assume um papel fundamental nessa relação. Por linguagem assume-se várias formas de expressão: oral, gestual, escrita, artística, musical e matemática. “O processo de interiorização da aprendizagem é histórico, e as estruturas de percepção, pensamento, linguagem e resolução de problemas, assumem diferentes formas, tendo como referência o contexto histórico da cultura do indivíduo” (Lucci, 2006, p. 5).

A pessoa humana, como ser social inato, necessita de se relacionar no seu meio (contexto de vivências), utilizando a linguagem para comunicar. A compreensão dos fenômenos da pessoa desde cedo foram alvo de compreensão, utilizando uma abordagem orientada para os processos humanos (dimensão biológica, socio-histórico-cultural e humana), e a teoria Vigotskiana fomentou a sua inquietação no desenvolvimento do processo de aprendizagem.

Os pilares básicos do pensamento de Vygotsky (1991) suportam que as funções biológicas têm matriz biológica, e são produtos da atividade cerebral, e o funcionamento psicológico nas relações sociais entre o indivíduo e o mundo exterior (desenvolvem-se num processo histórico), e a relação do homem é mediada por sistemas simbólicos (Silva, 2013). O contexto sociocultural tem assim uma influência na transformação do biológico em sócio-histórico, onde a cultura interfere como uma estrutura na constituição da natureza humana.

Vygotsky, citado por Silva (2013), defende a aprendizagem como um processo de interiorização dos sentidos construídos a partir da experiência, da maturação e da interação que os mediadores sociais proporcionam. Emerge a dialética entre o desenvolvimento e a aprendizagem. Um bom exemplo é o contexto de aprendizagem na SCeE, no qual o aprendiz transporta para a prática o seu manancial de conhecimentos para resolver o problema existente e o professor/mediador da aprendizagem orienta o caminho para potenciar o crescimento do conhecimento e proporcionar uma alteração do comportamento.

O ambiente exerce um papel estrutural na interiorização das atividades cognitivas no indivíduo, ou seja, tudo o que é apreendido na aprendizagem com um mediador vai incorporar-se na aquisição de novos conhecimentos, modelando novos modos de agir e de pensar (Vygotsky 1991). Aqui destaca-se a importância dos contextos socio-históricos-culturais, como meios essenciais para os processos da aprendizagem.

A aprendizagem numa relação estreita e dialética com o desenvolvimento constitui uma base essencial para a aquisição de novas competências sob influência sociocultural do indivíduo. Aqui, o papel do facilitador da aprendizagem, conhecedor do processo, assume uma referência na promoção e interação entre os intervenientes com intervenções pertinentes e construtivas na ZDP, contribuindo para a interiorização e a efetividade do processo de aprendizagem e com reflexo no progresso sociocognitivo. Deste modo, na perspectiva Sócio-Histórica e cultural de Vygotsky, o desenvolvimento humano coloca duas fontes de reflexão: por um lado o estudo da história humana, ou seja, o desenvolvimento da espécie, mediado culturalmente, com a habilidade de agir indiretamente sobre o mundo via artefactos materiais, ideias e comunicação das modificações para as gerações seguintes (filogenicamente) e, por outro lado, a história do indivíduo, em que o homem dá um salto qualitativo no uso da linguagem, veículo promotor de desenvolvimento qualitativo e quantitativo (ontogenicamente), bases essenciais para o progresso das “janelas” no processo de aprendizagem (Vygotsky, 1991).

Um dos momentos significativos do desenvolvimento cognitivo é a aquisição da linguagem, que representa uma evolução retilínea na qualidade das funções psicológicas superiores, atendendo a que quando ela começa a emergir como instrumento psicológico para mediar o corpo humano, novos processos de pensamento são criados. A linguagem materializa, assim, a significância do processo sócio-histórico, os indivíduos interiorizam

as significâncias com base nas suas experiências que servirão de base fundacional da consciência, mediando, desse modo, as formas de agir e de pensar.

Para que o indivíduo se desenvolva, ele é condicionado pela aprendizagem num determinado contexto em interação com os seus elementos, e a aprendizagem é encarada como um processo que antecede ao desenvolvimento, ou seja, o desenvolvimento e a aprendizagem interligam-se mutuamente potenciando-se simultaneamente. Vygotsky considera que existem dois níveis de desenvolvimento, um centrado naquilo que se consegue realizar sozinho e outro nas capacidades que se estão a construir com a ajuda de outra pessoa (desenvolvimento mental da criança). Como documenta Vygotsky, entre estes dois níveis há uma zona de transição alvo de intervenção com reflexos na aprendizagem no sentido de ativar processos (Lucci, 2006). A mediação, ou a intervenção no processo de um elemento intermediário (mediador), assume um papel chave em toda a construção teórica de Vygotsky, ou seja, uma intervenção positiva na ZDP (Vygotsky, 1991).

O desenvolvimento e a aprendizagem envolvem-se em três grandes posições teóricas e mereceram de Vygotsky (1991) uma crítica no sentido de refletir sobre uma abordagem mais completa e holística.

A primeira posição teórica centra-se nos processos de desenvolvimento que são independentes da aprendizagem, considerada como um processo externo que não está envolvido ativamente no desenvolvimento, ele simplesmente utiliza os avanços do desenvolvimento. Em estudos experimentais sobre o desenvolvimento do ato de pensar em crianças em idade escolar, foi verificado que processos como dedução, compreensão, interpretação da casualidade física, o domínio das formas lógicas de pensamento e o domínio da lógica abstrata, ocorrem todos por si mesmos, sem qualquer influência da aprendizagem escolar (Vygotsky, 1991).

A segunda posição teórica infere que a aprendizagem é desenvolvimento, isto é, o processo de aprendizagem está completamente misturado com o processo de desenvolvimento. Se num primeiro ponto de vista o desenvolvimento precede aos ciclos de aprendizagem, para o segundo grupo de teóricos o processo de desenvolvimento e aprendizagem ocorre em simultâneo, isso é, a aprendizagem e o desenvolvimento coincidem em todos os pontos como duas figuras geométricas idênticas coincidem quando sobrepostas.

A terceira posição teórica sobre a relação da aprendizagem e desenvolvimento encontra linhas de convergência em relação aos dois pressupostos teóricos anteriores, superando os extremos das mesmas e simplesmente combinando-as.

Vygotsky fundamenta uma visão mais equilibrada entre a aprendizagem e o desenvolvimento. A complexidade de análise constitui-se por dois tópicos fundamentais: a relação entre a aprendizagem, o desenvolvimento e os aspetos dessa relação. Assim, numa tentativa de elaborar as dimensões da aprendizagem, Vygotsky descreve um novo conceito de particular importância, a ZDP, como uma referência empiricamente concebida para a aprendizagem.

A zona de desenvolvimento proximal define-se pelas funções que ainda não amadureceram, mas que estão em processo de maturação, funções que amadurecerão, mas que estão atualmente em estado embrionário. Logo, caracteriza o nível de desenvolvimento real mentalmente e retrospectivamente, enquanto a ZDP caracteriza o desenvolvimento mental prospetivamente (Vygotsky, 1991). A ZDP consiste na distância que medeia entre o nível atual de desenvolvimento, determinado pela capacidade atual de resolver problemas individualmente, e o nível de desenvolvimento potencial, determinado através da resolução de problemas sob orientação de adultos ou em colaboração com pares mais capazes.

A aquisição do conhecimento consolida o que o aprendiz interiorizou com a capacidade de utilizar esse conhecimento em qualquer contexto. Desta forma, a teoria é construída tendo por base o desenvolvimento do indivíduo com o processo sócio-histórico e cultural, enfatizado na aprendizagem em interação com o meio (Vygotsky, 1991).

A Enfermagem no processo construtivo da aprendizagem significativa, com recurso à SCeE, vem ao encontro das premissas defendidas pela base estrutural da teoria de Vygotsky, nomeadamente a ZDP. A emergente necessidade de desenvolver competências para atender com eficácia uma pessoa alvo de cuidados de enfermagem constitui um desafio para qualquer profissional de saúde, pela constante presença das múltiplas variáveis que interferem na gestão e no planeamento dos processos de saúde. A visão dos cuidados de um profissional de Enfermagem assenta na promoção, na preservação da vida e na recuperação do estado de saúde. Neste contexto, a base estrutural da ZDP defendida por Vygotsky (1991) possibilita uma aprendizagem conducente com o desenvolvimento do conhecimento. A função de mediador/professor permite uma assistência ativa na orientação, na reflexão do processo clínico, na orientação do caminho construtivo para

atingir o patamar de desenvolvimento, convergente com o limite do seu potencial, permitindo que o aprendiz seja capaz de identificar habilidades e conhecimento, processo ativo de interiorização e ponto de partida para um novo ciclo de aprendizagem cognitiva mais elevado.

Transportando a teoria de Vigotsky (1991), o contexto da SCeE assume um lugar de eleição com intervenção pedagógica intencional no processo de ensino-aprendizagem, e o professor/tutor/enfermeiro exercem mediação nesse processo, potenciando linhas de intervenção construtiva na zona proximal.

A ZDP permite delinear o futuro imediato no estado dinâmico, promovendo um claro acesso ao que já foi desenvolvido, como também a linha de aprendizagem que se pretende desenvolver (processo de maturação). O processo de aprendizagem só pode ser determinado após a identificação do nível de desenvolvimento real e o limite da ZDP. A perspectiva do crescimento da aprendizagem medeia-se pelo facto da ZDP de hoje ser o nível de desenvolvimento real de amanhã, ou seja, a aprendizagem desenvolvida hoje, com a ajuda de um mediador (assistência), será alvo de um processo operacional de aprendizagem no dia de amanhã de forma autónoma, construindo o contínuo da aprendizagem.

Um dado importante a ter em linha de conta é a noção de que, embora a aprendizagem esteja diretamente relacionada com o desenvolvimento, os dois nunca são realizados em igual medida ou em paralelo. O desenvolvimento não acompanha simultaneamente o processo de aprendizagem e na realidade existem relações dinâmicas altamente complexas entre os processos de desenvolvimento e de aprendizagem, que não podem ser englobadas por uma formulação hipotética imutável (Vygotsky, 1991).

A educação e as teorias da aprendizagem surgem, assim, como ciências estruturais na compreensão da pessoa e no comportamento humano. De facto, hoje, com as várias teorias disponíveis para compreender os fenómenos da natureza humana, ainda muito falta alcançar sobre tal natureza e a complexidade que envolve o mais completo ser à face da terra, o Homem e o seu meio envolvente (contexto). A necessidade de inovar e criar linhas de desenvolvimento para melhor responder às expectativas da pessoa continua a ser um desafio atual.

Na área científica em educação, a inovação pedagógica centrada na aprendizagem enfatiza a preocupação com a resolução de problemas e com a criação de novas oportunidades. Um

exemplo dessa rutura para a progressão no conhecimento e inovação é a teoria histórico-cultural de Vygotsky (1991), que rompe claramente com a tradicional escola fabril, mecanizada nos seus conteúdos, estandardizados e estruturados para uma população alvo, em contraciclo com uma aprendizagem inovadora, centrada nos processos de aprendizagem, personalizada com espírito crítico e fundamentada em novas culturas escolares com ambientes interativos (Fino, 2016).

A teoria histórico-cultural de Vygotsky surge como um conceito estrutural para a compreensão do desenvolvimento humano, realçando que as mais elevadas funções mentais do indivíduo emergem de fenómenos sociais. Uma reflexão sobre a ZDP estabelece a importância de criar um espaço de interação entre o aprendiz e o mediador e que recursos estão disponíveis para potenciar novas aprendizagens. Como nos refere Fino (2001), a ideia de que na mente de cada aprendiz podem ser exploradas “janelas de aprendizagem”, onde o professor atua como guia do processo de cognição até o aluno ser capaz de assumir o controlo metacognitivo, constitui uma meta estrutural.

2.2.1 – A evidência transcultural e o desenvolvimento cognitivo na aprendizagem

A Escola de Psicologia Sócio-Histórica dos anos 20 refere-se à abordagem teórica desenvolvida por Lev Vygotsky e seus colaboradores na União Soviética durante as décadas de 1920 e 1930, também conhecida como psicologia cultural-histórica, centralizou-se na interação entre os processos mentais individuais, o contexto social e cultural. Lev Vygotsky foi o principal proponente dessa abordagem e é considerado um dos psicólogos mais influentes do século XX, na defesa de que o desenvolvimento cognitivo é moldado pelas interações com o ambiente social e cultural.

Luria (1979) também relata que a Escola psicológica e Sócio-Histórica emergiu nos anos 20 na tentativa de estudar um dilema conhecido e comentado por Ernst Boesch (1925 – 2015): “o dilema da psicologia é, como uma ciência natural, lidar com um objeto que cria história” (Cole, 2002, p. 85), ou seja, a psicologia científica e a disciplina experimental dependem da hipótese que os processos que nelas se estudam como universais e os seres humanos criam história e produzem processos psicológicos e historicamente relevantes (Cole, 2002).

A visão de Vygotsky sobre o desenvolvimento assume-se como uma teoria da Educação, albergando que a sua teoria educacional é tanto de transmissão cultural como de desenvolvimento, dado que o desenvolvimento potencial do indivíduo emerge na expressão histórica e no crescimento da cultura humana (Moll, 2002).

Em vez de considerar o indivíduo isoladamente, Vygotsky enfatizava a importância da cultura, das relações sociais e das práticas históricas na formação do pensamento e do comportamento humano. “Vygotsky considerava a educação não apenas central para o desenvolvimento cognitivo, mas a quintessência da atividade cultural. Ou seja, considerava a capacidade para ensinar, e para se beneficiar da instrução, um atributo fundamental dos seres humanos” (Moll, 2002, p. 3).

O conceito de “zona de desenvolvimento proximal”, defendido por Vygotsky, avoca-se como relevante e assume-se como um conceito “conector” com a Educação, que simultaneamente promove uma coesão ampla das orientações da teoria vigotskiana. Vygotsky “desenvolveu parcialmente o conceito de zona como uma crítica e uma alternativa ao teste de QI., estático e individual” (Moll, 2002, p. 5). A ZDP representa mais do que a heurística instrucional, ela captura o indivíduo dentro da situação social concreta de aprendizagem, abrangendo um constructo teórico decisivo e representativo da zona que estabelece uma correlação do processo de desenvolvimento e dos recursos socialmente fornecidos (Moll, 2002).

Salientamos três conceitos essenciais para compreender as contribuições da ZDP na educação: a análise holística, a mediação e a mudança.

Todos nós sabemos que Vygotsky iniciou uma forte crítica histórica ao que ele chamou de “crise” da psicologia. Na envolvimento dessa crítica rodeava três considerações essenciais que Bakhurst (1986) documentou:

- (1) Abordagens anteriores, em especial o modelo estímulo-resposta, concebiam o comportamento humano como simplesmente reativo.
- (2) Tais abordagens aceitavam o inatismo das faculdades psicológicas, ou seja, que as crianças vêm ao mundo já equipadas, e que o mundo social simplesmente extrai, não cria, o que já está presente.
- (3) Essas abordagens representam concepções reducionistas da psicologia, adotando o ponto de vista de que a acumulação de mecanismos

psicológicos primitivos eventualmente constitui as funções mentais superiores (Moll, 2002, p. 7).

Atendendo ao conteúdo das críticas desenvolvidas por Vygotsky, embora divergentes no campo da psicologia, identificamos que na atual conjuntura alguns pressupostos críticos ainda poderão influenciar a prática educacional contemporânea, nomeadamente a ênfase dada aos processos do ensino caracterizada pela memorização de conteúdos, à classificação das capacidades mentais (aceitação do inatismo) e à passividade do estudante no processo de ensino e da aprendizagem.

No entanto, salientamos que o desenvolvimento do conhecimento rejeita uma cultura de divisão e de abstração da íntegra “abordagem holística” em toda a sua complexidade e não isolada, ou seja, há uma evidente concetualização da ZDP fortalecida como habilidades inseparáveis. A zona comporta, assim, três características fundamentais segundo Moll (2002): estabelecer um nível de dificuldade, no sentido de propor ao estudante um desafio constante; sustentar uma performance contínua e assistida (mediação), guiados na prática com uma clara definição dos objetivos e no interesse dos resultados serem atingidos.

Os professores enfatizam a criação de contextos sociais que promovam uma aprendizagem ativa, que criem espaços práticos para a manipulação dos conceitos e que aumentem o desenvolvimento de habilidades complexas e holísticas, progredindo para a atribuição de novos significados e conceitos.

Em relação à criação do contexto social, como nos afirma Goodman et al. (1987) citados por Moll (2002) “a linguagem oral é aprendida de modo holístico no contexto dos atos discursivos e a linguagem escrita é aprendida holisticamente no contexto de eventos alfabetizadores” (p. 10). Nessa ótica, o contexto de aprendizagem da SCeE, como ambiente altamente preparado para promover uma experiência pedagógica autêntica, assume-se como ambiente congruente com os desafios atuais no seio da natureza humana. O cuidar na enfermagem exige atender a essa complexidade da pessoa, que vivencia processos complexos e experiências de vida, saúde e doença.

O papel que o mediador da aprendizagem exerce no contexto de SCeE assume-se como crucial no exercício construtivo de saberes, para que o estudante canalize todos os seus recursos disponíveis e assuma o controlo completo dos propósitos da linguagem e do desenvolvimento do conhecimento.

A mediação assume-se como um foco central na dinâmica da ZDP e, nesse sentido, é fundamental que um estudante esteja envolvido em todo o processo de construção das experiências, proporcionado por uma atividade colaborativa e ativa num ambiente social ativamente criado por todos os intervenientes do processo educativo (professores, estudantes, especialistas...), ou seja, há uma interdependência central no desenvolvimento dos processos de aprendizagem.

No ambiente de SCeE “o ser humano utiliza símbolos e instrumentos culturais (por exemplo, o discurso, a alfabetização, a matemática) para mediar a sua interação com os outros e com o meio ambiente” (Moll, 2002, p. 13). Se atendermos às experiências de aprendizagem desenvolvidas nos laboratórios da SCeE, identificamos que frequentemente os projetos de simulação clínica são elaborados pelos professores ou pelos especialistas, com forte relação com os conteúdos programados a lecionar, segundo o plano de estudos da unidade curricular, limitando de certa forma a participação ativa dos estudantes no processo de criação de um ambiente de aprendizagem social e cultural. O propósito do ambiente da SCeE é criar contextos sociais (ZDP), no sentido de proporcionar um domínio e um manuseamento desses instrumentos sociais, culturais e científicos com recurso ao domínio das tecnologias, da representação, da comunicação e da linguagem e que o estudante adquira a capacidade e os meios para a atividade intelectual superior. Ou seja, a “teoria Vigotskiana propõe, então, uma forte conexão dialética entre a atividade prática externa (isto é, social e, como indicamos, extracurricular), mediada por instrumentos culturais como o discurso e a escrita, e a atividade individual do indivíduo” (Moll, 2002, p. 13).

O conhecimento significativo que é consolidado na ZDP resulta num crescimento e numa mudança individual, revelando um progresso das experiências educativas construtivas, em que o estudante domina as competências e utiliza-as para resolver problemas, quando anteriormente necessitava de apoio de um especialista, ou seja, o estudante numa fase inicial faz em colaboração, para depois ser capaz de fazê-lo sozinho, reflexo de uma aprendizagem significativa e duradoura.

A ênfase centrada na resolução dos problemas e no desenvolvimento de competências não está circunscrita à transmissão do conhecimento ou das habilidades em moldes programados, segundo um padrão transmitido e estandardizado, mas sim nas dinâmicas criativas e nas atividades conjuntas desenvolvidas no contexto social, sob a mediação do professor ou especialista, com o objetivo centralizado no estudante para revelar os seus

significados e sob a forma como os habilitam a reconstruir um novo conhecimento significativo, ou seja, desenvolvem aquilo a que Bruner (1986) citado por Moll (2002) chamou de intervenção reflexiva no conhecimento encontrado.

Podemos, assim, identificar que o estudante é relevado por um nível educacional real, que pode ser monitorizado individualmente e testado por um nível potencial de desenvolvimento num determinado domínio, isto é, existe uma distância real entre o nível determinado e o nível potencial a ser atingido sob uma orientação especializada. Como nos refere Tudge (2002) “a interação com um parceiro mais competente tem-se mostrado muito eficiente na indução do desenvolvimento cognitivo” (p. 154). Os estudiosos, dentro de um quadro piagetiano, desenvolveram uma pesquisa que identificou que a interação social entre pares abre novas perspectivas na fundamentação de um problema e constitui um meio altamente propício para o desenvolvimento cognitivo (Moll, 2002; Tudge, 2002). De facto, existe um certo reconhecimento sobre alguns fatores como a idade e o nível de envolvimento na tarefa entre os pares e a natureza da sua complexidade para o desenvolvimento cognitivo e as mudanças nas habilidades mentais e nos processos de pensamento.

Damon e Phelps (1987), documentados por Tudge (2002) identificam que diferentes tipos de interação entre pares devem ser distinguidos pelo grau de igualdade e de envolvimento, nomeadamente a distinção entre o papel de um tutor, colaborador e aprendizagem cooperativa. Defendem que o desempenho do tutor entre os pares promove uma evolução de *insights* já obtidos anteriormente e a colaboração relacional capaz de produzir efeitos duradouros sobre uma matéria conceitual difícil. A colaboração ativa entre os pares surge como uma estratégia fundamental para o diálogo e para a troca de argumentos e, nesse sentido, é fundamental que haja um consenso e uma convergência com as necessidades e as expectativas de cada interveniente no processo educativo. A aprendizagem em grupos e em cooperação desenvolve melhores resultados do que em experiências individuais, assim como também as “pesquisas neopiagetianas e vigotskiana mais recentes têm expressado a importância do envolvimento ativo dos participantes na resolução conjunta de problemas” (Tudge, 2002, p. 164). Por outro lado, a motivação e o desejo de encontrar soluções para os problemas em grupo é particularmente relevante e com grande significado para o desenvolvimento do conhecimento.

O ambiente de SCeE representa também um espaço relevante para uma experiência de aprendizagem em grupo ou individual. Nessa ótica, “O desenvolvimento de qualquer

capacidade individual de desempenho representa um relacionamento mutável entre regulação social e auto-regulação” (Gallimore & Tharp, 2002, p. 179), ou seja, o estudante necessita de uma assistência na ZDP, menos intensa à medida que aumenta a sua capacidade de autorregulação, processando-se gradualmente.

Como nos refere Gallimore e Tharp o progresso na ZDP é particularmente expandido entre a relação do controle social e do autocontrole, em quatro estágios fundamentais (2002):

Estágio I - O desempenho é assistido por mediadores mais capazes, como professores, pais, colegas, especialista e treinadores. Nesta fase inicial o estudante necessita de uma orientação mais capacitada para assegurar uma regulação externa que, com o evoluir dos tempos e com a compressão dos significados, alcança a compreensão e o desenvolvimento das atividades que se relacionam. “O estágio I é percorrido quando a responsabilidade pela formatação da assistência e da transferência, assim como pelo próprio desempenho da tarefa, é efetivamente assumida pelo aluno” (Gallimore & Tharp, 2002, p. 180).

Em relação ao **Estágio II**, o desempenho é fundamentalmente auto-assistido, ou seja, o estudante desempenha uma tarefa sem assistência externa, embora com limitações decorrentes do processo de desenvolvimento. No entanto, é quando o estudante inicia guiar o seu comportamento e o seu discurso, atingindo um importante estágio na ZDP, refletindo “um desenvolvimento de profunda significação” (Gallimore & Tharp, 2002, p. 181).

No **estágio III**, o desempenho é caracterizado, automatizado e fossilizado, em que as execuções de tarefas se tornam integradas, não necessitando da assistência de um mediador ou de autoassistência, emergem naturalmente na ZDP.

No **estágio IV**, “A desautomatização do desempenho conduz a um retorno à zona de desenvolvimento proximal” (Gallimore & Tharp, 2002, p. 181), ou seja, nesta fase a auto-regulação não promove uma capacidade de desempenho e a pessoa pode deixar de fazer aquilo que anteriormente era capaz de fazer. A regressão ao nível do desenvolvimento anterior, seja qual for a intensidade, representa uma oportunidade para desenvolver uma reaprendizagem significativa e restaurar o caminho assistido e autorregulado para sair da ZDP para uma nova automatização de uma experiência de aprendizagem. Assim, é fundamental que na experiência da SCeE o mediador da aprendizagem (professor, especialista, enfermeiro) exerça uma assistência permanente durante as experiências com os estudantes e que estimule uma visão de práticas pedagógicas e de ensino assistido, nomeadamente no planeamento e no projeto da SCeE.

Na prática, as ofertas da assistência durante o ensino, na maior parte das instituições educativas, têm sido limitadas à emissão de conteúdos diretivos, revelando uma postura paradoxal daquilo que as teorias da aprendizagem estabelecem, incitando, assim, uma relação muito especial com o ato de ensinar, atendendo à missão fundamental da Escola com garantia da assistência educativa a toda a comunidade educativa, com especial relevância aos estudantes aprendizes.

Se o estudante interage com os seus mundos, é capaz de colmatar as suas potencialidades e extrair o máximo de uma atividade com a presença de um participante mais experiente (mediador da aprendizagem) e habilitado a mediar o desenvolvimento de experiências de aprendizagem. Neste contexto, Goodman e Goodman (2002) afirmam que “há indícios crescentes de que uma aprendizagem colaborativa entre parceiros, independentemente das habilidades envolvidas, ativa a zona de desenvolvimento proximal” (p. 224).

A envolvência da psicologia defendida por Vygotsky aborda a importância da compreensão do pensamento humano e as suas circunstâncias sociais e históricas, alocando uma necessidade emergente de que para entender esse pensamento é fundamental ir além do organismo humano.

Devemos procurar pelas origens da atividade consciente não nos recessos do cérebro humano ou nas profundezas do espírito, mas nas condições externas da vida. Acima de tudo, isto significa que devemos procurar essas origens nos processos externos da vida social, nas formas históricas e sociais da existência humana (Moll & Greenberg, 2002, p. 313).

Assim, é fundamental conhecer as matrizes sociais com que as habilidades são adquiridas, atendendo a que são constantemente geradas pelas atividades produtivas e pelas relações sociais estabelecidas, criando condições para um novo contexto e aquisição de novos conteúdos, como nos documenta Moll (2002) “os fundos de conhecimento não são propriedades ou traços característicos de pessoas da família, mas características das atividades dessas pessoas” (p. 319).

Uma das áreas de relevância estrutural para compreender o comportamento humano deve-se à importância de considerar o conhecimento latente e não apenas o visível. Nas experiências de aprendizagem, tendo por base o conhecimento da pessoa, uma das características fundamentais é a reciprocidade desenvolvida durante as relações sociais que

são estabelecidas. As práticas recíprocas criam uma interação coesa e estruturada numa base de confiança e no desenvolvimento de relações de alcance, proporcionando contextos de potenciar o desenvolvimento proximal.

É elementar que os educadores e mediadores da aprendizagem valorizem a riqueza dos fundos do conhecimento dos estudantes. Segundo Moll (2002) os fundos do conhecimento estão disponíveis a despeito de anos de escolarização formal ou do letramento, consistindo numa habilidade fundamental para o sucesso acadêmico e profissional. O desenvolvimento da alfabetização e da comunicação, construídas ao longo de uma vida, permitem um aprimoramento contínuo das habilidades de leitura e da escrita nos vários contextos. Moll (2002) documenta que o conhecimento e as suas formas de transmissão raramente encontram espaço nas salas de aula, no entanto, os fundos de conhecimento existem e constituem um recurso muito importante para a instrução da Escola. Os estudantes que se prontificam a desenvolver competências e a construir experiências pedagógicas nos ambientes de aprendizagens significativas, como no caso do ambiente da SCEE, devem ser estimulados a encontrar recursos que promovam e que estimulam a sua capacidade crítica, como resultado do empoderamento do estudante em todas as fases do processo de desenvolvimento da experiência de simulação.

De facto, o desenvolvimento biológico da pessoa caracteriza-se pela sua natureza e pelo potencial para desenvolver uma aprendizagem fruto dos contributos sociais e históricos.

O desenvolvimento de ferramentas tecnológicas têm desempenhado um papel transformador e revolucionário nas ciências do ensino e da aprendizagem. Ao longo dos anos foi possível observar avanços significativos, reflexo de variados recursos que potenciaram o ensino e a aprendizagem e que, de certa forma, tiveram um impacto positivo nos intervenientes do processo de aprendizagem, ou seja, a forma como os professores ensinam e a forma como os estudantes aprendem. A tecnologia tem democratizado o acesso fácil à informação, atendendo a que a informação disponível na internet permite uma pesquisa ampla e rápida sobre os fenómenos em discussão, ampliando as oportunidades de aprendizagem além dos espaços formais.

A utilização de plataformas que criam condições através de uma experiência de aprendizagem digital e a utilização de softwares educativos oferecem a oportunidade de adaptar o ritmo às necessidades individuais de cada estudante, expandindo o corpo de conhecimentos. A simulação e a realidade virtual permitem que os estudantes explorem os

conceitos de forma interativa, com o objetivo de fomentar a envolvimento e consolidar experiências sobre o progresso individual de cada estudante, assim como a partilha de *feedbacks* que promovam o crescimento académico. Assim, o desenvolvimento da tecnologia, como recurso, tem capacitado os intervenientes no processo educativo a encontrarem ferramentas inovadoras e complementares ao ensino e às experiências de aprendizagens.

O processo de socialização estimula o pensamento científico e, de facto, pode ser mediado pelos contributos da tecnologia audiovisual. Na SCEE esta tecnologia constitui um recurso importante, principalmente com a experiência de simulação de alta-fidelidade disponível nos laboratórios avançados com SiAF. Podemos identificar hoje que a tecnologia como recurso e como estratégia pedagógica cria ambientes semelhantes ao ambiente real, representando, por um lado, uma proteção à integridade da pessoa alvo desses cuidados, quando se trata de adquirir competências profissionais para lidar com o cuidar humano, principalmente o desenvolvimento de competências com recursos a técnicas invasivas e de risco para a vida humana. Por outro lado, a complexidade da natureza humana exige uma interpretação complexa dos conceitos e a relação sobre a sua natureza no sentido de prevalecer um cuidar holístico e competente e a prática simulada desenvolvida e maturada em laboratório, antes de atuar na pessoa, constitui um recurso de qualidade formativa.

Christiansen (1987), citado por Martin (2002), documenta que “a boa tecnologia deixa lugar para a interpretação” (p. 366), salientando que um dispositivo tecnológico não pode ser limitado na ação e que deve gerar atividade mental criativa para potenciar o desenvolvimento de competências que sejam capazes de resolver os problemas e preparar os estudantes para a atividade profissional. Nessa ótica, podemos experienciar que os ambientes de SCEE, maioritariamente computadorizados (alta-fidelidade), permitem que o estudante possa manipular elementos para desenvolver as suas relações e as suas experiências de aprendizagem.

Os dispositivos digitais como recursos de apoio ao processo educativo podem, assim, criar condições para a atividade mental criativa, atendendo a que esses ambientes de aprendizagem computadorizados estimulam os estudantes a utilizar sistemas e a explorar a natureza das suas relações e propriedades. Independentemente dos meios digitais disponíveis e dos recursos a serem utilizados nos processos educativos, Vygotsky salienta que o mediador da aprendizagem exerce um papel estrutural para o desenvolvimento do

pensamento e para os exercícios mentais que se desenvolvem nos estudantes e que emergem naturalmente de metas socialmente e culturalmente construídas (Martin, 2002).

2.3 – O construtivismo e o processo de aprendizagem

O construtivismo é uma teoria educacional e uma abordagem da psicologia cognitiva que sugere que os indivíduos constroem ativamente o conhecimento através da interação com o ambiente, ou seja, os aprendizes não são vistos como recetores passivos de informação, mas, sim, como participantes ativos na construção do seu próprio entendimento, enfatizando a importância da aprendizagem baseada na experiência e na atividade ativa dos estudantes.

Os educadores com perfil construtivista preocupam-se em criar ambientes de aprendizagem onde os estudantes tenham a oportunidade de explorar, questionar, colaborar e refletir para construir o conhecimento de forma significativa, divergente da tradicional transmissão objetiva de conhecimento do professor para o estudante (Sanchis & Mahfoud, 2007). Uma das questões que ocupa uma grande parte da História da Ciência centra-se em questões epistemológicas: “o que é o conhecimento, qual a sua origem, como se transforma o conhecimento e o sujeito do conhecimento ao longo do tempo?” (Sanchis & Mahfoud, 2007, p. 166).

O conhecimento pode ser definido como a compreensão adquirida através da experiência, estudo ou investigação. Ele engloba informações, ideias, conceitos, habilidades e crenças que uma pessoa possui sobre o mundo. A origem do conhecimento e a sua transformação ao longo do tempo são questões complexas que têm sido debatidas por filósofos, cientistas e pensadores ao longo da história.

O facto é que o conhecimento pode ser modificado por meio de novas descobertas científicas, inovações tecnológicas, novas interpretações filosóficas e avanços culturais, no entanto, muitas vezes poderá envolver a combinação e a reinterpretação de conceitos e premissas já existentes. O avanço do conhecimento representa uma construção sociocultural e a evolução ao longo do tempo reflete as mudanças na sociedade, na tecnologia, na política e na cultura, ou seja, as crenças e os valores de uma sociedade poderão influenciar a forma como o conhecimento é produzido, transmitido e aceite.

O agente sujeito do conhecimento é o indivíduo ou a comunidade que ao longo do tempo analisa as suas perspectivas, valores e capacidades cognitivas aos estímulos da sociedade. O conhecimento arroga-se em várias origens, incluindo a experiência, a razão e a intuição e é continuamente transformado através de descobertas, atualizações e mudanças culturais, atendendo a que os sujeitos evoluem ao longo do tempo e refletem sobre as mudanças sociais, culturais e cognitivas.

O construtivismo reconhece a importância do contexto social e cultural na construção do conhecimento e enfatiza a interação entre o aprendiz e o ambiente social, valorizando a autonomia do estudante, assim como um desempenho ativo na construção da sua própria aprendizagem (Sanchis & Mahfoud, 2007). Falar em conhecimento, significa falar em construção do sujeito que conhece e do objeto a ser conhecido, como nos refere Coll citado por Sanchis e Mahfoud (2007) “ambos aparecem como resultado de um processo permanente de construção” (p. 166). Assim, se por um lado as estruturas cognitivas do sujeito não estão prontas ao nascer, por outro lado o sujeito interpreta o mundo a partir das estruturas próprias e o construtivismo fundamenta-se na relação entre a estrutura e o processo que permite a transformação da própria estrutura.

Na teoria de Piaget, o contexto social e cultural desempenham um papel significativo na construção do conhecimento, embora enfatize mais os aspetos individuais da cognição, reconhece que as interações sociais e culturais influenciam a maneira como o sujeito constrói o seu entendimento do mundo, ou seja, embora Piaget tenha sido mais conhecido pelo desenvolvimento nos processos individuais da construção do conhecimento, ele documenta a importância do contexto social e cultural na formação das experiências de aprendizagem.

Piaget argumenta que o sujeito desenvolve ativamente o conhecimento por meio da assimilação e acomodação, processos pelos quais elas interpretam e adaptam as suas experiências para ajustá-las às suas estruturas mentais existentes (Ferreira & Lautert, 2003). No entanto, reconhece que o ambiente social e cultural pode influenciar o tipo de experiências disponíveis, o que, por sua vez, pode afetar o desenvolvimento cognitivo. Assim, o “conhecimento não está nem no sujeito cognoscitivo nem no objeto do conhecimento, mas surge a partir da interação entre eles” (Ferreira & Lautert, 2003, pp 548). Contudo, apesar de Piaget defender que o conhecimento surgiu a partir da interação entre o sujeito e o objeto do conhecimento, documenta que esse processo necessita da

assimilação e da acomodação com requisitos essenciais para a construção do conhecimento.

A assimilação é o processo pelo qual o sujeito interpreta novas informações ou experiências à luz do seu conhecimento existente. Por outras palavras, o sujeito tenta integrar novas informações ao seu sistema cognitivo pré-existente. No entanto, nem todas as novas informações são interiorizadas nos artefactos mentais existentes do sujeito. Quando há diferenças entre a experiência e as estruturas cognitivas existentes, ocorre a acomodação, no sentido de envolver e modificar as estruturas mentais para acomodar a nova informação.

Portanto, os processos de assimilação e de acomodação são essenciais para o desenvolvimento cognitivo, pois permitem que o sujeito construa um entendimento mais complexo e preciso do mundo, atendendo a que o sujeito interage mais com o ambiente e adquire novas experiências e esquemas mentais mais elaborados e sofisticados (Ferreira & Lautert, 2003).

Segundo Ferreira e Lautert (2003), Piaget argumenta que o desenvolvimento cognitivo ocorre pela interação dinâmica entre esses processos de assimilação e acomodação e à medida que o sujeito continua a explorar e a interagir com o mundo, ele não apenas acumula conhecimento, mas também reorganiza e adapta ativamente as suas estruturas mentais para melhor adaptação aos estímulos do ambiente.

Sendo assim, o sujeito não é um recetor passivo de informações, mas um agente ativo no processo de construção de seu próprio conhecimento, atendendo a que esse processo de construção do conhecimento é fundamental para o desenvolvimento cognitivo ao longo da vida.

Os sistemas educativos tentam despertar o interesse dos estudantes com estratégias pedagógicas que consigam ser motivadoras e que potenciem o desenvolvimento psicológico. O modelo psicológico que inspira os estudantes, principalmente os mais novos, em experiências de aprendizagens com a realização de jogos semiestruturados com outras atividades de carácter informal, para o desenvolvimento de habilidades linguísticas e científicas, permitem que haja uma relação entre as capacidades espontâneas dos estudantes e os objetivos que devem ser alcançados. Porém, esta característica lúdica de aprendizagem associada aos estudantes mais novos tende em se alterar com a aproximação

do período escolar, provavelmente pela forte influência do currículo na programação das atividades letivas com conteúdos mais acadêmicos e formalistas (Carretero, 2002).

Parece que os distintos sistemas educativos tivessem levado em consideração o aprendiz intuitivo que existe em cada pessoa, enquanto, a partir dos dez anos, se pretendesse que o aluno fosse se convertendo, paulatinamente, num aprendiz acadêmico, que deva levar em conta as separações formais entre disciplinas, assim como suas linguagens próprias (Carretero, 2002, p. 8).

Se atendermos a que à medida que o estudante cresce, possui maior capacidade cognitiva e mais informações sobre numerosas questões, Carretero (2002) documenta que em termos gerais o rendimento e o interesse pela Escola é menor em relação aos primeiros anos de idade, ou seja, parece que o sistema educativo não tira o melhor partido da produção desenvolvida pelo estudante e estabelece condições para direcionar o desenvolvimento do conhecimento. Carretero (2002) alerta que o “fracasso escolar” muitas vezes está associado à desconexão entre as atividades habituais dos estudantes e os conteúdos que lhe oferecem, mais formalizada e com menos relação com as experiências quotidianas. Poderá haver, assim, uma discrepância entre as expectativas de aprendizagem dos estudantes em relação ao programa delineado pelo sistema educativo.

Desde 1989 no chamado “*Diseño Curricular Base*” (Carretero, 2002, p. 9), o Ministério da Educação identifica princípios gerais dos elementos que favorecem experiências de aprendizagem: o indivíduo ter como ponto de partida a referência do nível de desenvolvimento existente, assegurar a construção de aprendizagens significativas, promover aos estudantes experiências de autoaprendizagens, potenciar que os estudantes modifiquem a organização do seu conhecimento e potenciar entre o novo conhecimento e os esquemas de conhecimento já existentes (Carretero, 2002). Na verdade, todo este conjunto de princípios implica uma experiência de aprendizagem educativa que pressupõe a aquisição do conhecimento para potenciar uma maior capacidade crítica para a resolução de problemas.

A SCeE, como ambiente de aprendizagem significativa, também evoca o conhecimento, a capacidade crítica e a resolução de problemas dos estudantes, contribuindo para a construção de um novo conhecimento. Todavia, a tendência diretiva e organizada para aplicar cenários clínicos pré-elaborados com referência a experiências universais e

validadas pela evidência clínica e pela forte difusão didática de prevalecer o conhecimento ministrado pelo professor, poderá condicionar a liberdade dos estudantes em apresentarem um projeto de autoaprendizagem para ser discutido e validado, ou seja, ainda prevalece na SCeE os programas curriculares básicos em relação aos princípios psicológicos gerais dos problemas concretos da prática educativa de cada estudante.

Deste modo, a SCeE, como ambiente de aprendizagem emergente e inovador poderia elaborar os projetos educativos de simulação numa base personalizada e ajustada às necessidades educativas de cada aprendiz, atendendo a que “o conhecimento não é uma cópia da realidade, mas, sim, uma construção do ser humano” (Carretero, 2002, p. 10).

O construtivismo sustenta que o indivíduo nos aspetos cognitivos, sociais e afetivos não é um mero produto do ambiente e das suas disposições internas, mas uma construção própria da interação desses fatores, em que o conhecimento é uma construção do ser humano com o meio que o rodeia, fruto da representação inicial que detém e da atividade interna e externa que desenvolve, ou seja, “o conhecimento é um produto da interação social e da cultura” (Carretero, 2002, p. 13).

Piaget atribui a importância dos fatores sociais para o desenvolvimento da inteligência, assim como Vygotsky, que dando ênfase aos processos vinculados à aprendizagem, concebem o sujeito como um ser social e o próprio conhecimento como um produto do comportamento cognitivo num contexto social.

Piaget sustenta que o que uma criança pode aprender está determinado pelo seu nível de desenvolvimento cognitivo, Vygotsky pensa que é este último que está condicionado pela aprendizagem. Assim, mantém uma conceção que mostra a influência permanente da aprendizagem na maneira em se produz o desenvolvimento cognitivo. Portanto, um aluno que tenha mais oportunidades de aprender que outro, não só adquirirá mais informação, mas também alcançará um melhor desenvolvimento cognitivo (Carretero, 2002, p. 14).

A influência da interação social operada no desenvolvimento da aprendizagem tem exercido um forte contributo para as posições construtivistas, como atividade maioritariamente social, atendendo a que cada estudante fortalece a sua experiência com

mecanismos de caráter social e com as discussões em grupo, fruto da discrepância entre os estudantes com diferentes graus de conhecimento.

Segundo Ausubel a “aprendizagem deve ser uma atividade significativa para a pessoa que aprende e tal significado está diretamente relacionado com a existência de relações entre o conhecimento novo e o que o aluno já possui” (Carretero, 2002, p. 16). O autor resiste à ideia de que a aprendizagem perde significado quando consiste na simples repetição mecânica de elementos que o estudante não pode estruturar, isto porque aprender é sinônimo de compreender, atendendo a que aquilo que se compreende ficará interiorizado na nossa estrutura do conhecimento. “Portanto, torna-se fundamental para o professor não só conhecer as representações que os alunos possuem sobre o que lhes será ensinado, mas também analisar o processo de interação entre o conhecimento novo e o que já possuem” (Carretero, 2002, p. 16).

A teoria de Piaget teve um papel importante para compreender as experiências de aprendizagem e o desenvolvimento cognitivo, ou seja, como é que o indivíduo adquire novos conhecimentos e como transforma os que já possui. Robbie Case, pesquisador neopiagetiano, documenta que a teoria assenta em cinco pontos essenciais (Carretero, 2002):

- a) o desenvolvimento cognitivo pode ser compreendido pela aquisição de estruturas lógicas com evolução progressiva na sua complexidade e alvo de resolução à medida que se cresce, ou seja, o conhecimento é entendido dentro de uma realidade e extensível a outras situações distintas com semelhante nível estrutural;
- b) o crescimento cognitivo caracteriza-se pela regularidade das experiências e a estreita relação e conexão entre elas;
- c) a aquisição de cada “estágio” de desenvolvimento organiza-se mediante uma estrutura lógica e segundo uma hierarquia;
- d) a compreensão e a aprendizagem da nova informação estão condicionadas pelo nível de desenvolvimento cognitivo e determinada pela capacidade do estudante e o seu nível de progressão cognitiva;
- e) o avanço cognitivo ocorre se a nova informação for moderadamente discrepante da que ele já possuiu e que a diferenciação do esquema possa ser aplicada à nova realidade.

O indivíduo assume, assim, um papel de construtor do seu conhecimento em interação com a sua realidade e mediante os processos de assimilação e de acomodação, isto é, numa primeira fase o indivíduo interioriza a nova informação como adicional e, mediante a informação, transforma-a numa função nova (Ferreira & Lautert, 2003).

O processo de compreensão e motivação são basilares para a construção de uma aprendizagem significativa. Se atendermos a que a atividade diária de um estudante na busca permanente da informação para construir o seu conhecimento requer uma dose aceitável de motivação, identificamos como natural que os comportamentos cognitivos não se reproduzem à margem dos domínios afetivos, sociais e motivacionais (Smith et al., 1997).

Na década de cinquenta a aprendizagem humana baseava-se com ênfase no efeito das experiências práticas. A enfermagem não foi exceção e na organização da componente letiva do plano de estudo, que disponibilizou aos seus estudantes e futuros profissionais de enfermagem, enfatizava uma maior prevalência das experiências práticas (estágios clínicos) em relação à componente teórica e reflexiva sobre os fenómenos em estudo e sobre o conhecimento. A escassez de profissionais de Enfermagem para fazer face à necessidade de cuidados de saúde da comunidade despoletou a necessidade de uma formação em massa e potenciou uma organização de experiências práticas repetidas e predominantemente operacionais para os estágios clínicos, ou seja, vocacionadas para o saber fazer. Como nos testemunha Carretero (2002) “o grande aporte das pesquisas sobre a aprendizagem humana, até à década de cinquenta, baseava-se no efeito da prática” (p. 48). De facto, a política que prevalecia defendia que a repetição de uma atividade habilita à compreensão do fenómeno e permite utilizá-lo posteriormente como experiência de aprendizagem.

Muitos professores defendem que “basta repetir algo para compreendê-lo e poder utilizá-lo posteriormente” (Carretero, 2002, p. 48), ou seja, como é conhecido na linguagem comum, aprender por memória e por rotina. Nesse sentido, poderemos interpretar que as experiências de aprendizagem nos ambientes de SScE se desenvolvem preferencialmente no sentido de potenciar nos estudantes a adoção de comportamentos recomendados para determinadas situações clínicas, embora haja espaço para a reflexão das práticas desenvolvidas na fase da simulação clínica chamada de *debriefing*.

Por outro lado, identificamos uma evidente prevalência de cursos clínicos para equipas multidisciplinares tipo *standard* de SC, com o objetivo de permitir a adoção de comportamentos pré-definidos e estruturados, ou seja, é esperado do estudante um comportamento padronizado e universal delineado pelo perito. São exemplos desta prática os cursos de suporte básico de vida (SVB) e de desfibrilhação automática externa (DAE), que alimentam uma cultura diretiva de repetição para a adoção de comportamentos de SBV e DAE, emanados pelo Concelho Europeu de Ressuscitação e recomendados pelos professores, sob pena do estudante não atingir os objetivos propostos pelo programa formativo (Timerman, et al., 2010).

Fornecer informação sobre um determinado tema constitui uma etapa importante para o desenvolvimento da aprendizagem e a repetição de um comportamento ajuda a consolidar essa experiência de aprendizagem, no entanto será essa aprendizagem significativa somente pela repetição de um determinado comportamento? Que papel exerce a reflexão das práticas sobre o comportamento dos estudantes e sobre as experiências de aprendizagens desenvolvidas?

A repetição de um determinado comportamento, limitado no tempo, poderá afetar os níveis de aprendizagens e segundo Carretero (2002) as ações de aprendizagem de curta duração são mais eficazes em relação à prática intensiva e de longa duração. Carretero (2002) salienta, também, que as atividades de repetição devem ter um certo grau de novidade/inação, como estímulo para potenciar a efetividade e a aprendizagem.

Nesse sentido, a motivação e a compreensão assumem-se como contextos estruturantes na construção de uma aprendizagem intencional. Uma prática repetida e intencional de uma determinada atividade terá dificuldade em produzir bons resultados sem a compreensão dos fenómenos, atendendo a que uma aprendizagem significativa se baseia, fundamentalmente, na compreensão (Carretero, 2002).

A motivação refere-se ao impulso interno ou conjunto de forças que direcionam o comportamento de uma pessoa em direção a uma meta específica. É o desejo ou a vontade de realizar uma ação, alcançar um objetivo ou satisfazer uma necessidade. A motivação pode ser influenciada por uma variedade de fatores, incluindo necessidades biológicas, interesses pessoais, valores, expectativas, pressões sociais e emoções, desempenhando um papel crucial na vida humana, incluindo a busca pela aprendizagem e o bem-estar geral.

A motivação é descrita por diferentes teorias que buscam explicar os diferentes aspetos e determinantes da motivação, incluindo a teoria das necessidades de Maslow, psicólogo que, nas décadas de 1940 e 1950, desenvolveu uma pesquisa sobre a hierarquia das necessidades humanas e considerava que essas necessidades se agrupavam em cinco grupos diferentes. Concluiu que quanto mais forte for uma necessidade, mais motivada a pessoa se sente para conseguir satisfazê-la, no entanto, quando satisfeita a necessidade, passa para o nível superior daquela necessidade (Wyse, 2018).

A teoria da autodeterminação desenvolvida por Deci e Ryan (1985) também exerce um contributo importante para o nível de motivação no processo de construção da aprendizagem. Como nos citam Pizani et al. (2016) a motivação como contínua é caracterizada por níveis de autodeterminação, assimilando que os comportamentos motivacionais podem ser compreendidos a partir de um nível *continuum* de autodeterminação baixo como desmotivação e nível alto de autodeterminação como motivação, que pode ser intrínseca e/ou extrínseca.

A teoria da expectativa de Vroom (1964) foi desenvolvida para falar sobre a motivação no trabalho (livro *Work and Motivation*) e, como nos documenta Santos (2020), baseia-se na motivação que o indivíduo possui na antecipação que ele faz e assume-se como um resultado de três fatores essenciais: a expectativa ou o esforço-desempenho, a instrumentalidade ou desempenho-recompensa e a valência ou recompensa e metas pessoais.

A motivação assume-se como um conceito que descreve o estímulo interno que orienta o comportamento humano para atingir objetivos específicos e assume-se como um recurso poderoso para desempenhar um papel central na realização de uma atividade de sucesso. Em relação à compreensão, identifica-se como a capacidade do indivíduo em assimilar novas informações, situações ou experiências e ser capaz de processar informações significativas, formando uma visão sobre um assunto. Quando o indivíduo compreende é capaz de ir além e alcançar um nível mais profundo de *insight*, construindo ferramentas robustas para o pensamento crítico e a tomada de decisão. A compreensão refere-se à capacidade de entender algo, é o processo pelo qual uma pessoa assimila informações, interpreta significados e faz sentido do que está sendo comunicado. A compreensão envolve não apenas a capacidade de perceber ou reconhecer informações, mas também a habilidade de integrar, analisar e relacionar essas informações de forma significativa (Santos, 2020).

A construção da aprendizagem é complexa e pode ser desenvolvida de forma intencional ou accidental. No exemplo da SCeE, como ambiente pedagógico para uma aprendizagem significativa, existe uma intenção do estudante em se prontificar para a experiência no contexto de simulação, no entanto, o plano de estudos do CLE prevê a experiência da simulação como uma prática recomendada e precedente ao estágio clínico, ou seja, desenvolve uma experiência prática num ambiente de alta-fidelidade (mais realista) com simuladores, antes da experiência real do cuidar da pessoa/família em ambiente clínico.

Na prática, do ponto de vista intuitivo, as experiências educativas intencionais criam melhores condições para uma aprendizagem em relação às experiências incidentais, mas essa aprendizagem estará condicionada ao desempenho ativo do estudante.

A experiência prática desenvolvida no ambiente de SCeE poderá representar uma experiência pedagógica repetitiva e intencional e, nesse sentido, se a prática desenvolvida não estiver fortalecida pela compreensão dos fenômenos, os resultados nos estudantes poderão ser limitados ou diminuídos. Algumas experiências pontuais e inesperadas, fruto de oportunidades do momento, também poderão promover em contexto de prática incidente uma aprendizagem significativa, quando oferecem espaço para a compreensão do fenômeno. Porém, as experiências intencionais poderão não produzir os resultados desejados se não consolidar a compreensão, ou seja, as atividades realizadas com a intenção de ensinar e como uma estratégia de repetição que não fomentam a compreensão, parece ter menor eficácia em relação às atividades incidentais fortalecidas pela compreensão. Como nos reforça Carretero (2002) “a aprendizagem deve basear-se na compreensão” (p. 51).

Não obstante, não podemos sustentar que a aprendizagem se reduz somente à compreensão, porque aprender supõe não só a aquisição de conhecimentos, mas também a sua manutenção, automatização e generalização de um conjunto de situações (Carretero, 2020).

Em qualquer sistema educativo fomentamos com alguma predominância a importância sobre o ensino dos conteúdos científicos e segundo Carretero (2002) esse conhecimento científico possui algumas características essenciais:

- a) Um alto nível de abstração, atendendo a que os conceitos científicos não fomentam um referencial concreto na vida quotidiana;

- b) Uma estruturação de conceitos em forma de teoria, ou seja, a busca do sentido no contexto de teorias muito estruturadas;
- c) Conteúdos por vezes contrários à intuição quotidiana, atendendo a que a ciência oferece predições que se opõem à experiência do dia a dia.

Um conceito interessante que interfere na assimilação dos conteúdos científicos são as chamadas ideias prévias que os estudantes nutrem sobre os fenómenos que os rodeiam. As ideias prévias, segundo Carretero (2002), podem surgir espontaneamente, podem ser implícitas, equivocadas (*misconceptions*), e é fundamental que no ensino da ciência se identifique tais ideias prévias no processamento da assimilação dos conteúdos letivos, no sentido de reforçar o conhecimento quotidiano e intuitivo.

O sistema educativo português perfila nos estudantes na escolaridade obrigatória três vetores essenciais: princípios, áreas de competências e valores. Em relação aos princípios, salientamos a aprendizagem, inclusão, coerência e flexibilidade, sustentabilidade, adaptabilidade e ousadia, base humanista e saber. Nas áreas de competência destacamos a comunicação, desenvolvimento pessoal e autonomia, saber científico técnico e tecnológico, raciocínio para a resolução de problemas, bem-estar e pensamento crítico e criativo. E como valores destacamos a liberdade, responsabilidade, integridade, reflexão e inovação (Monteiro et al., 2017).

Assim, os estudantes, em resultado das experiências de vida, alimentam pensamentos livres e espontâneos sobre diversos fenómenos, nomeadamente representações, antes da intervenção do professor, o que significa que não são produto de nenhuma instrução específica e que assimilam a informação à margem do ensino formal. No entanto, se essas representações logram do ponto de vista empírico, por outro lado representam instrumentos cognitivos que o estudante considera para compreender a realidade (Carretero, 2002).

Uma boa parte das matrizes renovadoras que se assistiu nos últimos anos no ensino da ciência, foi dirigida às ideias prévias dos estudantes, essencialmente para a construção de uma aprendizagem significativa, isto é, concetualizar estratégias educativas a partir das representações iniciais dos estudantes.

O pretexto construtivista sobre o ensino da ciência consiste em explicar um fenómeno ou uma mudança conceitual, tendo por base a representação do estudante, incitando por um lado à divulgação das ideias e por outro lado à consciência precisa dos elementos de tais ideias.

O professor pode começar a estabelecer diferentes situações didáticas encaminhadas para introduzir novos conceitos e para contradizer as ideias espontâneas do aluno, favorecendo, desta maneira, o necessário conflito cognitivo entre a informação nova e a que o sujeito já possuía mostrando, para tanto, as insuficiências da primeira (Carretero, 2002, p. 71).

Se atendermos às práticas desenvolvidas na SCeE, o estudante desenvolve artefactos educativos construídos ao longo da sua caminhada formativa, no entanto, não poderá ter a valorização desejável para um empoderamento estável e coeso. O chamado “conflito cognitivo” (Carretero, 2002) que resulta de uma análise divergente do ponto de vista entre o estudante e o professor, sobre os conceitos que o estudante possui e a observação dos dados práticos de um problema que o estudante tem sobre ele, favorece que prestemos maior atenção aos aspetos com que concordamos. Ainda assim, é importante distinguir que algumas das ideias espontâneas dos estudantes, enraizadas, poderão não facilitar a modificação de um novo comportamento, necessitando que o professor/mediador tenha a consciência de que o estudante necessitará na caminhada a busca de uma nova representação e mais complexa.

Como nos alude Carretero (2002) essa caminhada “estará cheio de provas, repetições, contradições, reformulações, etc.” (p. 71), e constitui um caminho que necessitará da ajuda do professor, mediador do processo da aprendizagem que, mediante instrumentos didáticos, deverá fomentar no estudante a descoberta de questões essenciais que explore os métodos e as estratégias mais corretas para resolvê-los.

De facto, a SCeE como estratégia pedagógica para potenciar os processos educativos da formação de novos Enfermeiros assume-se como crucial, constando um ambiente propício para o crescimento de uma aprendizagem significativa, fortalecida na valorização do conhecimento e da prática simulada do estudante.

A conceção construtivista do ensino da ciência tem, assim, como menção à interação dos conteúdos científicos dos estudantes em função do seu desenvolvimento intelectual, à valorização das ideias prévias em relação aos conteúdos programados, à promoção de momentos de reflexão e de análise sobre os fenómenos e à relação entre o conhecimento atual e o existente.

Por outro lado, também procura promover uma mudança conceptual progressiva e maturada após uma reflexão estruturada (atendendo a que o conflito cognitivo poderá não ser suficiente para a mudança conceptual), em considerar a motivação do estudante para que ele encontre uma resolução para os problemas, e em promover atividades de campo ou de laboratório para fomentar a discussão e estabelecer uma relação direta entre os problemas reais e o meio onde está inserido (Carretero, 2002). O professor representa um facilitador da própria aprendizagem, sobretudo para criar condições que favoreçam o estudante para realizar atividades autónomas e aprimorar os seus conhecimentos.

Jean Piaget e Lev Vygotsky constituíram dois psicólogos influentes que desenvolveram teorias para explicar que um indivíduo pode fomentar o conhecimento e se desenvolver cognitivamente. Embora ambos tenham como referência o desenvolvimento cognitivo, as perspetivas e abordagens de cada um diferem em vários aspetos.

Piaget propôs a teoria dos estágios do desenvolvimento cognitivo, que sugere que os indivíduos progridem por estágios e enfatizou a importância da exploração ativa e da interação do indivíduo com o ambiente na construção da compreensão do mundo;

Vygotsky enfatiza o papel da interação social e do contexto cultural no desenvolvimento cognitivo, o conceito de zona de desenvolvimento proximal (ZDP), que se refere ao alcance de tarefas com a ajuda de um outro mais experiente, como um professor ou colega (especialista) e também enfatizou a importância da linguagem e da interação social na formação do desenvolvimento cognitivo, argumentando que o indivíduo aprende com as interações sociais e em colaboração com os outros.

Assim, a teoria de Piaget reúne-se mais no desenvolvimento cognitivo individual, enquanto a teoria de Vygotsky enfatiza os aspetos sociais e culturais do desenvolvimento. Vygotsky atribuiu maior importância ao papel da interação social como *scaffolding* no desenvolvimento cognitivo, enquanto Piaget enfatizou a exploração individual e a descoberta. O facto é que tanto Piaget como Vygotsky contribuíram com feitos notáveis e significativos para a compreensão do desenvolvimento cognitivo, Piaget focou-se nos processos cognitivos individuais e estágios e Vygotsky enfatizou o papel da interação social e do contexto cultural.

2.4 – Gamificação na construção da aprendizagem

A gamificação não é apenas a aplicação de tecnologia a velhos modelos de envolvimento, ela cria modelos completamente novos junto das comunidades com o objetivo de motivá-las a atingir metas que elas próprias desconhecem (Burke, 2015; Silva, 2013). Apesar de não existir uma definição específica e amplamente aceita do termo “gamificação”, Araújo e Carvalho (2018) define-a como o uso de *design* de experiências digitais e mecânicas de jogos para motivar e engajar as pessoas a atingir os seus objetivos. Documenta também que “os jogos eletrônicos que surgiram após os anos 70 levaram à criação de uma nova indústria de entretenimento que evoluiu ao longo de décadas, adaptando-se à procura dos seus utilizadores e às novas tecnologias desenvolvidas” (Araújo & Carvalho, 2018, p. 251).

A gamificação como estratégia de aprendizagem assume uma importância relevante no seio da comunidade científica, e a saúde e a educação convergem na busca de estratégias inovadoras para congregar orientações pedagógicas conducentes com a evolução do conhecimento e com a capacidade de encontrar respostas para resolver problemas. Um dos contextos mais complexos no seio da profissão e ciência de enfermagem são os contextos de trauma, ou melhor o contexto de catástrofe, sempre associado à presença de multivítimas, com múltiplos traumas associados.

O acontecimento da catástrofe constitui um evento raro e com forte impacto na vida das pessoas e, nesse sentido, urge estratégias transformadoras para criar oportunidades de aprendizagem para uma resposta célere e eficaz aquando da presença desse evento. A educação e a saúde estabelecem, assim, uma ligação perfeita na construção de competências específicas para atender às respostas emergentes, principalmente na situação de catástrofe.

Como motivar e organizar momentos de aprendizagem aos estudantes de enfermagem e aos enfermeiros para as situações em contexto de catástrofe e trauma com multivítimas? Constitui certamente um desafio inovador e estimulante. A aprendizagem com recurso ao cenário e a uma estratégia de gamificação tem proporcionado o envolvimento dos aprendizes com aparente satisfação e resolução dos objetivos que são propostos. Um exemplo da experiência de aprendizagem para a aquisição de competências e resolução de problemas numa situação de trauma, e em contexto de multivítimas, são os cenários e as estratégias de gamificação operacionalizadas pelo ambiente multiprofissional da *Medical*

Response to Major Incidents (MRMI) (MACSIM® simulation system, 2015), que visam promover a atividade formativa na área da emergência, trauma e catástrofe, objetivando: formar, educar, treinar e diferenciar nas diferentes áreas profissionais motivados para exercer uma intervenção terapêutica, com recurso à simulação e a estratégias de gamificação, criando condições para dotar os profissionais de *skills* necessários para uma prestação mais segura, com mais qualidade e convergente com um melhor *outcome* das pessoas alvo de cuidados de saúde (Montán et al., 2017).

A formação desenvolvida num modelo de simulação avançada no contexto da resposta em situação de catástrofe, treinando toda a cadeia de comando, cenário do acidente, transportes, pré-hospitalar, gestão de multivítimas, triagem, corredores de evacuação e estruturas de apoio à comunidade que possam utilizar na resposta a um incidente multivítimas. O recurso à simulação de alta-fidelidade, pela experiência do contexto real, proporciona por si só um ambiente motivador, atendendo à necessidade de adquirir conhecimento para melhor atuar. Por outro lado, a introdução da gamificação vem potenciar o envolvimento dos aprendizes em todas as fases do processo e a associação do cenário como recurso representa uma estratégia potenciadora de novas aprendizagens.

O modelo *Octalysis* foi concetualizado numa experiência prática de gamificação e identificou que a motivação humana poderá ser desenvolvida por vários componentes, nomeadamente pelo menos um dos oito componentes documentados por Chou (2014):

- a) O sentido épico e vocação, em que a pessoa dedica o seu tempo a um objetivo maior;
- b) O desenvolvimento e a realização, em que o estudante está motivado a desenvolver competências e a ultrapassar desafios para se sentir que é o melhor;
- c) A capacidade criativa e *feedback* na descoberta de novas experiências e procura de hipóteses;
- d) A propriedade e posse fomentada pela necessidade de o estudante controlar a experiência pedagógica;
- e) A influência social e os relacionamentos, emergidos na interação, reconhecimento, competição e aceitação no grupo;
- f) A escassez e impaciência, na procura de algo raro e no desenvolvimento de tarefas num determinado período;

g) A imprevisibilidade e a curiosidade que mantêm o estudante fiel às suas tarefas e a perda e prevenção, no sentido de evitar algo negativo como o insucesso nas tarefas a serem realizadas num determinado período.

A aprendizagem ocorre todos os dias e em qualquer contexto ou lugar. Os seres humanos são preparados para classificar experiências e assimilar conhecimentos. A motivação está, assim, intimamente associada à habilidade e ao conhecimento alcançado (Burke, 2015). Independentemente de se tratar de educação formal, ou não, a gamificação oferece um caminho de motivação à aprendizagem. Segundo Deci e Ryan (2000) a motivação surge perante três condições essenciais: a autonomia de sentir a opção de escolher a tarefa ou a ação a ser desempenhada, a competência para realizar uma tarefa ou ação e o sentimento de pertença no contexto onde decorre a ação.

A gamificação e a aprendizagem encaixam-se naturalmente (Burke, 2015). Nessa linha estrutural de aprendizagem, a estratégia de simulação de um cenário realista com implementação de estratégias de gamificação convergem para o desenvolvimento de competências e de habilidades segundo uma estrutura lógica e organizada. Como nos refere Araújo e Carvalho (2018) a gamificação deve ser aplicada em situações para melhorar as experiências de aprendizagem e capacitar os estudantes para a resolução de problemas.

Na definição do objetivo, é essencial conhecer o destino do envolvimento, assim como estabelecer uma meta em cada etapa e garantir com clareza o foco da nossa aprendizagem.

A divisão do processo em etapas traduz, também, um processo de aprendizagem em que os formandos são recompensados por meio de passagens de níveis. No desenvolvimento de competência da formação em trauma a estratégia de divisão do processo passaria pela recuperação ou não do doente, após a intervenção específica do aprendiz. A verificação de interdependências no processo de aprendizagem deverá ser progressiva e influenciada sobre as habilidades construídas, evitando que ocorram lacunas identificadas no processo de aprendizagem como menos positivas, tornando-se fundamental para constituir um processo de aprendizagem a que Salmam Khan chama de “aprendizagem ao estilo de queijo suíço” (Burke, 2015, p. 81).

A criação de um ciclo de envolvimento entre a teoria e a prática promove a relação de *feedback* entre todos os intervenientes nas várias etapas do processo de aprendizagem. O mesmo se verifica nos momentos de aprendizagem ao nível da formação em enfermagem

com as estratégias de gamificação. Após cada etapa, os aprendizes são estimulados a refletir sobre o processo de tomada de decisão e a identificar o resultado das suas ações, oferecendo, assim, *feedback* e encorajamento constante ao longo de todo o processo de aprendizagem.

O recrutamento de mentores e colaboradores no processo de aprendizagem promove um ambiente colaborativo e a maioria das soluções gamificadas encoraja os aprendizes a desenvolverem em rede com outros colegas e tutores uma solução mais adequada para a resolução de um problema. Esta estratégia assume-se relevante, pois permite o acompanhamento de todo o processo de aprendizagem, construtivamente, com uma relação empática e colaborativa na procura do melhor caminho para a resolução do objeto em estudo.

Assim, assume-se como estrutural a equipa de monitores multidisciplinares que permanentemente monitorizam o processo de aprendizagem, na orientação do caminho recomendado e na partilha do ponto de reflexão para a resolução mais eficaz. O processo de aprendizagem processa-se com a recompensa dos objetivos estabelecidos e com a obtenção dos resultados desejados. A celebração do sucesso constitui também um dado importante no processo de aprendizagem, principalmente pela capacidade de motivar e de promover o envolvimento no processo. No caso específico da formação em Enfermagem, o resultado da recuperação de um doente com prognóstico reservado constitui uma meta motivadora e esclarecedora de que a tomada de decisão foi adequada e a aprendizagem foi consolidada.

Podemos refletir seriamente que as estratégias de gamificação assumem um papel motivacional e o envolvimento dos estudantes na construção da sua aprendizagem, assim como mantem as habilidades em vários graus de alcance, tornando a aprendizagem mais progressiva, eficiente e com um significado especial (Burke, 2015).

A inovação pedagógica tem vindo a contribuir para a promoção de ambientes de aprendizagem e com isso criar uma cultura social que fomenta estratégias inovadoras e promotoras de mais conhecimento. Mesmo que haja teorias para explicar o processo de ensino/aprendizagem, ninguém parece dispensar a necessidade de inovar na educação, com técnicas pedagógicas promotoras de aprendizagem.

O educador enfatiza em cada momento do processo de ensino/aprendizagem a necessidade de mobilizar todo o seu corpo de conhecimento, de forma a dar uma resposta cabal às

necessidades dos aprendizes, como também a busca pela integração de experiências vividas a um nível superior de proficiência. Naturalmente que esse nível de proficiência terá sempre condicionalismos contextuais, mas que não podem, por si só, ofuscar ou constituir impedimentos ao direito que os estudantes têm de lhes serem prestadas ações educativas de qualidade.

À qualidade na educação é comum associarem-se dois atributos que se resumem, por um lado, à acessibilidade e, por outro, à satisfação individual (respostas adequadas às necessidades). Se relativamente à acessibilidade são inúmeros os fatores que podem estar implicados e, conseqüentemente, condicionar a “qualidade” quanto à satisfação individual, muitos dos fatores são intrínsecos ao próprio estudante, que devem permanentemente perseguir padrões de excelência na ação educativa.

O processo de aprendizagem tem uma orientação centrada na relação professor/estudante em toda a sua singularidade, com total respeito pelas suas crenças, valores, capacidades e limitações ao longo das vivências de cada um. A metodologia da SCeE e a introdução de processos de Gamificação constituem espaços privilegiados para explorar todos os processos de aprendizagem, em cenários reais, com o uso da robótica e dos meios digitais, com a orientação de um tutor, potenciando continuamente o desenvolvimento e o crescimento de mais competências e saberes.

Vygotsky, Dewey e Piaget estudaram sobre o poder do jogo no desenvolvimento da aprendizagem e, como estratégia pedagógica, documentam que o jogo cria um ambiente propício para exercitar a imaginação e as vivências comuns do dia a dia. O estudante motivado envolve-se e adota uma linguagem apropriada para construir atividades relevantes e as experiências desenvolvidas em situações de fantasia ou factos reais promovem o crescimento significativo e o desenvolvimento de hábitos culturais no seio da sociedade (Goodman & Goodman, 2002). Nesse sentido, o estudante aprende a entender os significados e a construir conceitos enquanto brincam, fortalecendo a ideia de Goodman e Goodman (2002) “os conceitos que se iniciam no jogo não apenas são a base dos conceitos científicos, mas, eventualmente, tornam-se parte desses conceitos” (p. 224).

Segundo Signori e Guimarães (2016) o conceito da gamificação foi usado pelo programador de computadores e pesquisador britânico Nick Pelling em 2002 e salienta que o termo teve eco na indústria informativa como uma novidade disponível para potenciar as experiências de vida e também as experiências de aprendizagem.

São bem conhecidos os benefícios pedagógicos da gamificação durante as experiências de aprendizagem, nomeadamente como uma porta de acesso ao empoderamento dos estudantes na construção do processo educativo. A gamificação pode ser operacionalizada em cinco princípios fundamentais: orientação para objetivos, conquista, reforço, competição e orientação divertida (Signori & Guimarães, 2016). Estes princípios assumem-se como fundamentais para promover uma aprendizagem significativa.

Nos princípios básicos da gamificação em termos mecânicos é estabelecida uma meta a ser atingida, em termos da dinâmica desenvolvida fomenta-se a natureza da conquista, o reforço positivo do trabalho desenvolvido e a natureza da competição e, em termos emocionais, é operacionalizada uma orientação divertida com objetivos pedagógicos. Os elementos essenciais no processo de aprendizagem com recurso à gamificação compreende o desenvolvimento de uma história, as regras predefinidas para a atividade e a existência de pontuação, os níveis de estruturação do jogo, os desafios e as missões a serem resolvidas, a elaboração de tabelas para operacionalizar as atividades programadas e a gestão do tempo para cumprir as tarefas (Silva, 2013; Torio et al., 2019).

A utilização da gamificação como estratégia pedagógica procura obter uma aprendizagem significativa, assim como procura alcançar nos estudantes um envolvimento coeso e estável. Nesse sentido, é fundamental analisar parâmetros fundamentais sobre o engajamento na gamificação. É importante monitorizar a taxa de abandono, atendendo a que uma taxa de abandono elevada poderá indicar um fraco envolvimento dos estudantes na dinâmica estabelecida. Outro dado interessante sobre o envolvimento dos estudantes na gamificação prende-se com o tempo utilizado para resolver as tarefas solicitadas e o número de dicas fornecidas para a resolução dessas tarefas.

A questão das dicas assume uma particularidade interessante, se atendermos a que no ambiente de aprendizagem da SCeE os estudantes podem necessitar que o mediador do processo de simulação tenha um papel de criar condições para a progressão das atividades programadas no projeto de SC e, nessa particularidade, a emissão de dicas de cariz pedagógico potencia o envolvimento do estudante e permite a progressão das atividades programadas, assim como favorece um maior envolvimento dos participantes.

A adoção de jogos interativos no campo da educação tem contribuído para uma experiência de aprendizagem. O recurso à gamificação permite complementar a abordagem da aprendizagem tradicional no campo da educação, capacitando o envolvimento,

motivação e habilidades de aprendizagem dos estudantes. Os princípios significativos que são aplicáveis e apropriados para uma aprendizagem gamificada de lógica digital, aplicativos selecionados e identificados para que o estudante durante o jogo pudesse focar-se em elementos básicos e importantes da gamificação educacional, durante a fase de desenvolvimento do jogo, demonstra que a abordagem de aprendizagem gamificada de lógica digital constitui um instrumento focal no envolvimento do estudante (Torio et al., 2019).

2.5 - Tecnologias de informação e comunicação na Educação

O desenvolvimento das tecnologias de informação e comunicação (TIC) tem transformado a capacidade da resposta educativa à comunidade. Hoje é inquestionável as potencialidades das tecnologias no seio de uma sociedade cada vez mais exigente. Ao nível da educação, as tecnologias de informação podem utilizar recursos como os computadores, os tablets, smartphones, as plataformas de aprendizagem online e as redes sociais, como veículos para exercer a prática educativa.

No atual contexto e num mundo cada vez mais global, a educação e a enfermagem encontram-se conectadas e em interação contínua, como resultado natural da evolução das TIC e da introdução dos computadores nas escolas pelos anos 80. O uso da tecnologia na educação surge assim como inevitável, atendendo a que os estudantes se apropriam da tecnologia com entusiasmo, interagem com o mundo digital, e interpretam com segurança conteúdos, muitas vezes carentes de análise crítica. O facto é que as TIC evoluíram, encontram-se em crescente e, provavelmente, existem algumas limitações entre os educadores e os educandos em acompanhar essa evolução.

A ciência interligou-se com o desenvolvimento tecnológico na obtenção de um resultado significativo nas suas relações com os seres humanos e com a natureza. Vivemos numa “sociedade tecnologizada” (Brito & Purificação, 2008, p. 23) e, independentemente do contexto, o Homem utiliza a tecnologia como útil e necessária, que associada aos processos educativos podem conceber ferramentas úteis à construção de um conhecimento empoderado em engendrar artefatos tecnológicos.

No atual mundo global dominado pela tecnologia, a educação de facto não poderá imiscuir-se da democratização tecnológica. A educação assenta em aprender a conhecer,

aprender a fazer, aprender a viver e aprender a ser, matrizes que convergem com áreas essenciais do conhecimento da Enfermagem como profissão: saber ser; saber estar e saber saber.

A educação procura obter uma identidade e, simultaneamente, estar aberta a processos atuais de mudança, novos paradigmas, emergidos por uma sociedade envolvida num universo cultural mais amplo, tecnológico e sedento de tecnologias no processo de ensino-aprendizagem.

A utilização das novas tecnologias e novos projetos envolvidos em conceções de ensino-aprendizagem alude ao conceito de inovação na educação, como nos refere Brito e Purificação (2008) “quando falamos em tecnologia educacional, consideramos todos esses recursos tecnológicos, desde que esteja em interação com o ambiente escolar no processo ensino-aprendizagem” (p. 39).

No entanto,

o simples uso das tecnologias educacionais não implica a eficiência do processo de ensino-aprendizagem nem uma “inovação” ou “renovação”, principalmente se a forma desse uso se limitar a tentativa de introdução da novidade, sem compromisso do professor que a utiliza e com a inteligência de quem aprende (Brito & Purificação, 2008, p. 41).

A imersão das tecnologias na Educação não poderá limitar o processo de socialização, comportamento inato e natural do ser humano, mas credenciar a racionalidade tecnológica como um recurso construtivo e criativo do processo de ensino-aprendizagem. A tecnologia não poderá resumir-se à utilização de instrumentos tecnológicos: projetores; vídeos e computadores. Atualmente urge compreender as mudanças instaladas pelos instrumentos digitais e adaptá-las às necessidades educativas de cada estudante.

As tecnologias emergem naturalmente nas vivências diárias de cada estudante, principalmente nos ambientes escolares e, nesse sentido, é fundamental interpretar os conteúdos e analisar as limitações associadas à instrumentalização da tecnologia ao nível do pensamento crítico e criativo. A educação não poderá ser uma transmissão vertical e de memorização da informação e as TIC têm potencialidades para o desenvolvimento da autonomia do estudante, na busca de um conhecimento significativo e na compreensão dos

seus significados. Só assim os ambientes impulsionados pelas TIC poderão gerar novas formas de aprendizagem e capacitar os estudantes a construir um conhecimento colaborativo, participativo e com apreço à diversidade cultural.

Não obstante, é fundamental compreender os contributos da tecnologia e incorporá-la na ação e na reflexão sobre a ação, potenciando uma experiência de aprendizagem significativa e relevante para os aprendizes. Papert (1980;1985) estudou a influência que os computadores exercem na aprendizagem das pessoas, de várias perspetivas culturais e explorou as medidas positivas na construção da aprendizagem, ou seja, analisou que “the computer is not a culture unto itself but it can serve to advance very different cultural and philosophical outlooks” (Papert, 1980, p. 31).

É inegável o papel que a tecnologia tem exercido na construção de uma sociedade educativa mais equilibrada e evoluída. A SCeE também utiliza a tecnologia e a informatização, talvez por isso seja catalogada como inovadora, pela presença desses meios tecnológicos, no entanto, salientamos que a simulação se premeia pela utilização de estratégias que proporcionam uma aprendizagem significativa.

Hoje, a diversidade de estratégias pedagógicas para potenciar o conhecimento surge naturalmente. A realidade aumentada poderá ser utilizada na SCeE e consiste na aplicabilidade de recursos que proporcionem uma maior interação do estudante na dinâmica do processo educativo (Macedo & Fernandes, 2015). As tecnologias de computadorização surgem, assim, como instrumentos versáteis para quebrar barreiras e para promoverem uma integração efetiva no processo formativo dos estudantes, enriquecendo o status educativo. As tecnologias computadorizadas permitem também aos estudantes experienciarem o foco da aprendizagem com uma interação dinâmica e autêntica e, nessa ótica, contribuem para a educação formal, enriquecendo o contexto da aprendizagem.

A utilização da tecnologia na SCeE pode viabilizar uma experiência de aprendizagem muito próxima do contexto real. Não queremos com isto dizer que a ausência da tecnologia inibe a aprendizagem, no entanto, é crucial estreitar o espaço entre a Escola e a comunidade digital, ajudando na construção de significados, ou seja, que o uso da tecnologia digital esteja relacionado com as conceções pedagógicas dos professores e apreenda o desenvolvimento educativo com uma vasta gama de métodos de ensino e de aprendizagem (Bates, 2019).

O professor, em primeiro lugar, é um ser humano e, como tal, é construtor de si mesmo e da sua história. Essa construção ocorre pelas ações num processo interativo permeado pelas condições e circunstâncias que o envolvem. É criador e criatura ao mesmo tempo: sofre as influências do meio em que vive e com as quais deve autoconstruir-se. Quando se fala em prática pedagógica, o professor é aquele que, tendo adquirido o nível de cultura necessário para o desempenho da sua atividade, dá direção ao ensino e à aprendizagem (Brito & Purificação, 2008, p. 45).

Não obstante a evolução tecnológica, o professor tem por missão potenciar a aprendizagem e, nesse sentido, inspira-se em métodos pedagógicos convergentes com a expectativa de cada estudante e canaliza a evolução digital para conceber ferramentas necessárias para consolidar habilidades na estrutura, suportada pela experiência partilhada no processo dessa evolução.

A construção de uma aprendizagem significativa na atual era tecnológica não poderá estar circunscrita à academia e os professores como agentes impulsionadores de processos ativos de aprendizagem devem aliar-se às habilidades tecnológicas e à ciência como instrumentos fundamentais. Neste âmbito das habilidades, Bates (2019) identificou: habilidades conceituais, como uma gestão adequada do conhecimento, pensamento crítico e inovação; habilidades pessoais, como enfoque na comunicação *networking* e trabalho de equipa; habilidades digitais no domínio de uma determinada disciplina e habilidades manuais, pela prática de manuseamento e operação de procedimentos.

Naturalmente que as tecnologias de informação necessitam de métodos que permitam aos estudantes gerirem e analisarem informações, no entanto, o professor deve ser capaz de valorizar o conhecimento do estudante, optar por métodos que desenvolvam habilidades emergentes, proporcionar espaço para desenvolver as suas competências, criar momentos de *feedback*, partilha de conhecimento e mediar processos de avaliação congruentes com a participação ativa do estudante, como construtor do seu conhecimento. A experiência desenvolvida na SCeE, na atual era digital, constitui uma oportunidade para o estudante encontrar meios para desenvolver habilidades e para potenciar oportunidades de crescimento. A partilha dessas experiências e o debate desses fenómenos relevantes para a

prática, quando agilizados com métodos adequados, constituem focos importantes de aprendizagens.

O mundo digital naturalmente que é vasto e compreende vários recursos: *hardware*, computadores, monitores, *software* e redes de comunicação. O desenvolvimento dos computadores e das redes permitiu um envolvimento da comunidade educativa, pelas vivências dinâmicas de fóruns de discussão temática e, simultaneamente, pela partilha do conhecimento em rede (Bates, 2019).

Quando falamos em tecnologia na educação, emerge naturalmente a ferramenta computador, no entanto, as potencialidades do computador são minimamente conhecidas e é de realçar que o sucesso do processo educativo é essencialmente domínio do professor e do estudante, assim como as capacidades que suportam a criatividade e a capacidade de inovar. O computador como tecnologia educacional apresenta uma característica específica e com frequência o estudante domina-a com habilidade e mestria em relação ao professor, carecendo do professor/mediador da aprendizagem uma postura ponderada e emancipada na gestão educativa.

Numa vertente duplamente construcionista e construtivista, asseveramos que o computador e as tecnologias de informação possibilitam que os estudantes e os professores reflitam sobre as práticas e testem a heurística alvo da construção do conhecimento, ou seja, utilizar a tecnologia ao serviço do Homem e não depender dela (Brito & Purificação, 2008).

Nas práticas laboratoriais da SCeE o apoio das TIC como suporte à estratégia educativa é fundamental. Não podemos relativizar a introdução da tecnologia nas práticas laboratoriais, atendendo ao avanço significativo na diversidade de novos casos e mais complexos para responder às atuais exigências e vicissitudes dos contextos de saúde.

No entanto, será que a evolução da tecnologia se fez acompanhar também por uma mudança de ordem pedagógica na SCeE? Será que o laboratório de SCeE equipado com tecnologia avançada e com SiAF ainda desenvolve uma abordagem educacional fortalecida na Escola tradicional e na transmissão de conteúdos? Respostas complexas de obter e alvo de uma reflexão profunda, atendendo a que nos dias de hoje a cultura de transmissão de conteúdos expositivos dominados por especialistas temáticos prolifera nos ambientes de SCeE. A digitalização da SCeE deverá, assim, procurar convergir os meios tecnológicos com o currículo, valorizar as atividades educativas em relação aos recursos informatizados e empoderar os participantes numa ação pedagógica construtiva de conhecimento.

Independentemente das tendências evolutivas e do avanço da tecnologia, pensar, refletir, analisar e discutir constituem ainda grandes desafios educativos para o século XXI, principalmente na atual era de massificação de novas tecnologias. Nessa ótica, só será possível implementar um projeto tecnológico na Educação em Enfermagem que pretenda preparar o indivíduo a agir, a planear, a criar e a desenvolver a intuição e a sensibilidade educativa (Brito & Purificação, 2008). A tecnologia influencia a forma de vida das pessoas e da sociedade e a Escola como instituição inclusiva na sociedade não poderá ficar alheia e à margem da evolução tecnológica. Urge novos projetos e novas formas de comunicar na ação educativa com a visão de criar práticas para responder aos desafios futuros.

O desenvolvimento da inteligência artificial (IA) representa um grande desafio para a comunidade educativa. Salientamos que “attempts to replicate the teaching process through artificial intelligence began in the mid-1980s, with a focus initially on Teaching arithmetic” (Bates, 2019, p. 326), e como recurso tem enfrentado atualmente algumas complexidades, pela variedade de fatores que interferem no sucesso da aprendizagem e pela individualidade sociocultural e condição humana no processo de ensino-aprendizagem. O facto é que “the education has adopted and adapted technology over a long period of time” (Bates, 2019, p. 328).

O uso da tecnologia na educação tem evoluído ao longo dos tempos e atualmente emergem novas atualizações para responder às expectativas atuais, com destaque para o desenvolvimento rápido da internet e das redes de comunicação, prevendo-se uma mudança de paradigma na Educação em Enfermagem. Com a evolução rápida e progressista da tecnologia, os processos de absorção das novas experiências poderão ser condicionados pela imersão de bases tecnológicas enraizadas e experienciadas no dia a dia do estudante.

A tecnologia provoca impacto e assume-se como um fenómeno relevante para estruturar um novo paradigma na Educação em Enfermagem. A tecnologia pode ser identificada de várias formas, desde a noção básica de uma ferramenta tecnológica ou máquina que pode ser utilizada até aos sistemas digitais que exploram o atual conhecimento da humanidade.

A evolução da tecnologia em ambientes tridimensionais e profundamente imersivos tem demonstrado o seu potencial na educação e no foco da aprendizagem em particular (Bates, 2019). Se atendermos aos cenários da realidade virtual, que proporcionam um ambiente de interação criada pelo computador, à realidade aumentada que conjuga uma interação entre

o digital e o real e à realidade mista que conjuga objetos reais a interagirem com o mundo digital, identificamos as potencialidades da tecnologia na educação como premissa a uma aprendizagem significativa. A SCeE utiliza a tecnologia para potenciar os seus processos objeto de simulação e cria condições para que os estudantes realizem práticas simuladas científicas, assim como procedimentos técnicos, invasivos ou não, num ambiente simulado, seguro, controlado, sem margem de erro clínico e sem consequências inevitáveis para o Homem.

A experiência de aprendizagem na SCeE com o uso da tecnologia permite, assim, um treino de competências e de habilidades minimamente invasivas, com o exemplo de uma punção venosa periférica para aperfeiçoar o procedimento técnico e melhorar o seu desempenho no contexto real. Aliar a tecnologia à simulação clínica pode proporcionar um impacto positivo na experiência de aprendizagem, assim como desenvolver benefícios em todo esse processo, nomeadamente um maior envolvimento, uma melhor compreensão e memória, personalização e flexibilidade nos processos de aprendizagem.

Assim, o ambiente tecnológico poderá ser altamente realista, dado que estimula o desempenho do estudante, proporciona experiências de manipulação em ambiente tridimensional, permite interação em rede para a partilha do conhecimento e de experiências e habilita o estudante a intervenções e habilidades técnicas, perigosas de serem realizadas em ambiente natural (Bates, 2019).

3 – Processo Educativo na Simulação Clínica em Enfermagem

O desenvolvimento do processo da SCeE tem-se revelado um desafio, na procura de ambientes que promovam sinergias construtivas, interativas e munidas de pedagogia no contexto da aprendizagem. O dicionário *Webster* refere que a palavra *pedagogia* significa a arte de ensinar, predominante no nosso sistema educativo. Curiosamente Papert (2008) questiona “porque será que não há em inglês, uma palavra para a arte de aprender?” (p. 87). As organizações das faculdades de educação organizam as suas disciplinas na arte de ensinar, alistadas como métodos vocacionados para a transmissão competente e eficaz de conteúdos, no entanto, em relação aos métodos para aprender, que disciplinas são oferecidas para tornar os estudantes competentes?

A arte de ensinar encontra-se fortemente enraizada na comunidade académica e, como nos argumenta Papert, “a pedagogia como arte de ensinar foi adotada pelo mundo académico, como uma área respeitável e importante” e a “arte de aprender é uma órfã académica” (2008, p. 87). A cultura educacional necessita assim de uma reflexão exaustiva sobre o processo e sobre a ação educativa, atendendo a que “o processo de interiorização da aprendizagem é histórico e as estruturas de perceção, pensamento, linguagem, resolução de problemas e de comportamento assumem diferentes formas, tendo como referência o contexto histórico da cultural do indivíduo” (Lucci, 2006, p. 5).

Para Vygotsky (1991) a aprendizagem é um processo de interiorização dos sentidos construídos a partir da experiência, da maturação e da interveniência que os mediadores sociais proporcionam, além do crescimento cognitivo decorrente desta relação (Silva, 2013), emergindo uma dialética entre o desenvolvimento e a aprendizagem. Um bom exemplo é o contexto de SCeE com SiAF, o aprendiz transporta para a prática um manancial de conhecimentos para resolver o problema existente e o formador/orientador/professor orienta o caminho junto do aprendiz na resolução de problemas. O ambiente assume um papel estrutural na interiorização das atividades cognitivas, ou seja, tudo o que é apreendido na aprendizagem com um mediador vai incorporar-se na aquisição de novos conhecimentos, modelando novos modos de agir e de pensar (Vygotsky 1991). Transportando à teoria de Vigotsky (1991) o contexto de SCeE representa uma intervenção pedagógica intencional no processo de ensino-aprendizagem, em que o professor/tutor/enfermeiro (mediador de aprendizagem) cria linhas para uma aprendizagem na ZDP.

A ZDP permitirá delinear o futuro imediato no estado dinâmico, promovendo um claro acesso ao que já foi desenvolvido, com também uma linha de aprendizagem que se pretende desenvolver (processo de maturação). A perspetiva do crescimento da aprendizagem medeia-se pelo facto da ZDP ser o nível de desenvolvimento real de amanhã, ou seja, a aprendizagem desenvolvida hoje com a ajuda de um mediador (assistência) será alvo de um processo operacional de aprendizagem, construindo assim o contínuo da aprendizagem (Vygotsky, 1991).

A necessidade de inovar e criar linhas de desenvolvimento para melhor responder às expectativas do estudante continua a ser um desafio, rompendo com a tradicional escola fabril, mecanizada nos seus conteúdos standardizados, em contraciclo com um modelo centrado nos processos, com espírito crítico e fundamentado em novas culturas e ambientes interativos (Fino, 2016).

Uma particularidade da teoria de Vigotsky (1978), como nos refere Fino (2001), é a existência de um potencial cognitivo que medeia entre o nível atual de desenvolvimento e o nível de desenvolvimento potencial para a resolução de problemas. Aqui, a aprendizagem, com recurso à SCeE, vem ao encontro das premissas defendidas pela base estrutural teórica de Vigotsky (1991), nomeadamente a ZDP, em que as mais elevadas funções de um indivíduo emergem de fenómenos sociais (Fino, 2001).

A interiorização da intervenção na ZDP, espaço nobre de interação entre o aprendiz e o tutor, dá uma perspetiva construtiva para o desenvolvimento cognitivo do aprendiz, identificada também por Fino (2001) como “janelas de aprendizagem”, aquela que é expectável que o estudante desenvolva na SCeE.

As dimensões da aprendizagem defendidas por Vygotsky (1991) ocorrem na chamada ZDP, empiricamente concebida e articulada com o nível de desenvolvimento do aprendiz. De facto, a aprendizagem humana é estimulante e nutre nos construtivistas várias abordagens pedagógicas (Kincheloe, 2006a), que rejeitam o conhecimento como alvo de depósito e destacam a construção das mentes do ser humano com a envolvência do meio em que estão inseridos (Vygotsky, 1991). A construção do conhecimento humano que ainda não amadureceu irá desenvolver-se à busca da maturação do conhecimento, o que o aprendiz interiorizou, capacitando-o a utilizar esse conhecimento no contexto inserido (processo sócio-histórico e cultural) (Vygotsky, 1991).

O processo de construção de um conhecimento sólido tem por base as percepções e as apreensões focadas no aprendiz, com especial destaque para a reflexão ativa no processo. Como nos refere Papert (2008) a “melhor aprendizagem ocorre quando o aprendiz assume o comando, como o jovem Piaget o fez” (p.37), e ser um espaço de aprendizagem que coexista com uma cultura de responsabilidade pessoal (Papert, 2008). Assim, o processo educativo a ser desenvolvido na SCeE deverá convergir com as premissas defendidas por Papert e por Vigotsky, fortalecendo o crescimento da ZDP.

A SCeE assume-se com um espaço pedagógico privilegiado para o desenvolvimento da aprendizagem em comparação com as experiências de exposição de conteúdos em sala de aula, dado que permite o envolvimento dos aprendizes socialmente empoderados na construção de uma aprendizagem significativa, como nos diria Shaw citado por Papert (2008) “os capazes criam, os incapazes ensinam” (p. 65).

A matética assume-se como uma referência para o desenvolvimento da aprendizagem na SCeE. Em relação às palavras gregas relacionadas com a aprendizagem, *Mathematikos* significa “disposta a aprender”, *mathema* era “uma lição”, e *manthanein* verbo “aprender”. Assim, a matética consolida a sua ênfase na aprendizagem tal como a heurística assenta na resolução de problemas e a Escola, como ambiente pedagógico, não pode dar mais importância aos números e à gramática do que ao conhecimento sobre a aprendizagem (Papert, 2008).

Segundo Papert à luz do “instrucionismo” e do “construcionismo” o sucesso está nas pessoas que desenvolvem os seus próprios métodos para adquirir novas aprendizagens. A “*transmissão versus construção*” premeia um movimento educacional mais diversificado e maior, dentro do construcionismo. No entanto, é habitualmente evocado pelos educadores cognitivos o termo construtivismo, que remete à conceção de Piaget de que o conhecimento não pode ser transmitido ou transferido “pronto” para outra pessoa (Papert, 2008), atendendo a que ele reconstrói na versão pessoal as informações que pensamos estar a ser transferidas, ou seja, a matética prevalece em relação à didática, atendendo a que o construcionismo representa a reconstrução pessoal do construtivismo.

A preocupação das escolas e dos professores de enfermagem em desenvolverem profissionais mais competentes e preparados para enfrentar os desafios mais exigentes, potenciou o desenvolvimento de experiências de aprendizagem atuais e inovadoras. Atualmente, há uma crescente preocupação em centralizar o estudante nos processos de

aprendizagem, secundarizando os métodos tradicionais de ensino suportados pelo modelo da escola fabril. A utilização da SCeE tem aumentado gradualmente e, como estratégia educativa, tem sido capaz de proporcionar experiências em ambiente artificial, recriando uma situação real, autêntica e legítima no sentido de capacitar os estudantes a compreender as respostas humanas e a encontrar estratégias para resolver os problemas clínicos em ambiente controlado, constituindo um método seguro de aprendizagem sem colocar em risco os doentes (Baptista et al., 2014a).

Em meados do século XIX, com o princípio da modernidade, Florence Nightingale afirmou a Enfermagem com o estatuto de arte, ciência e ideal no seio das profissões de respeito e credibilidade, criando a primeira escola de Enfermagem. As candidatas praticavam nos serviços hospitalares o exercício da aprendizagem clínica sob a supervisão de um professor. A componente prática da formação em enfermagem sempre esteve presente na origem, atendendo à importância de fomentar um perfil clínico para o exercício da enfermagem. Algumas escolas incluíam um período probatório nos primeiros meses com a finalidade de monitorizar a aptidão e o perfil do estudante.

No entanto, a formação em enfermagem tem sofrido alterações marcantes nos últimos anos, levando mesmo Cabete et al. (2016), a afirmar que “grandes foram as mudanças ocorridas na formação em enfermagem, ao longo de mais de um século de história, que têm sido profundas e a um ritmo acelerado, particularmente nos últimos anos” (p. 5).

A transformação estrutural das organizações e dos processos formativos evoluíram ao longo dos tempos e as experiências formativas do estudante de enfermagem desenvolveu características fruto dessa evolução. O ensino clínico em contexto real contribui para a aquisição de competências clínicas para o cuidar humano, no entanto os primeiros contactos são repletos de sentimentos de ansiedade e de vivências ambivalentes.

No estudo de Cabete et al. (2016) sobre as primeiras experiências clínicas dos estudantes de enfermagem, foram documentadas várias vivências de insegurança e receio na prestação de cuidados. No estudo de Casate e Corrêa (2006) também identificaram algumas vulnerabilidades dos estudantes no cuidar à pessoa com sofrimento, uma experiência humanizante, uma dicotomia entre o saber técnico e humano, em que as preocupações se desenvolveram pela execução correta da técnica e na reflexão sobre os modelos de aprendizagem desenvolvidos na prática, nomeadamente as ações profissionais à luz dos princípios éticos e humanos.

Nesta perspetiva, a SCeE poderá desempenhar um papel importante na formação do estudante, nomeadamente em minimizar os impactos negativos da primeira experiência na prática real. Segundo Casate e Corrêa (2006) a consciencialização da primeira experiência prática envolve quatro eixos fundamentais: as competências existentes e desenvolvidas, o processo de aprendizagem, a identidade profissional e as emoções ou sentimentos na tomada de decisão. Não obstante, das componentes estudadas pelos investigadores salientamos as vivências do processo de aprendizagem, os sentimentos e as emoções vividas no processo educativo.

Em relação às vivências do processo de aprendizagem, destacamos o reconhecimento dos conteúdos ministrados nas aulas teóricas, nas práticas clínicas e a articulação dos conteúdos com a experiência da prática.

Em relação aos sentimentos expressos pelos estudantes durante o processo educativo nas práticas clínicas, no estudo de Casate e Corrêa (2006) foi possível identificar sentimentos negativos como frustração, tristeza, revolta, constrangimento, desconforto, medo, ansiedade e insegurança, associados ao impacto que a prestação de cuidados na prática real instiga nos estudantes de enfermagem. Estes sentimentos poderiam ser minimizados com a SCeE com SiAF. No entanto, o estudo de Casate e Corrêa (2006) identificou que a prática clínica também despoletou sentimentos positivos nos estudantes de enfermagem como o bem-estar, a gratificação, alegria, orgulho e a satisfação de estarem na prática dos cuidados. Apesar do estudo de Casate e Corrêa (2006) não permitir generalizar resultados, constitui uma base documental para a reflexão sobre as práticas educativas operadas pelos estudantes de enfermagem, principalmente aquelas que são operacionalizadas em contexto real sem recurso a uma simulação prévia em ambiente artificial.

Se atendermos a que o quadro europeu de qualificação para a aprendizagem ao longo da vida visa beneficiar os indivíduos em participar ativamente nos processos educativos, podemos refletir se a SCeE, como ambiente de aprendizagem, é inovadora e é capaz de promover o desenvolvimento de competências para os futuros profissionais (Comissão Europeia, 2009).

Segundo Baptista et al. (2014a) no estudo que desenvolveram sobre a SCeE com SiAF, os ganhos percebidos pelos estudantes e os resultados obtidos com a investigação no ensino em Enfermagem são limitados, atendendo a que existem questões sem resposta, sugerindo intensificar mais estudos na área da SCeE. Conhecer o estado da arte e identificar os

ganhos percebidos pelos estudantes na experiência da SCeE de alta-fidelidade, permite aumentar o conhecimento de “como é que os estudantes de enfermagem percebem os ganhos obtidos pela prática simulada” (Baptista et al., 2014a, p. 136).

Alguns resultados no estudo de Baptista et al. (2014b), relatam dados com alguma relevância, nomeadamente: os elevados níveis de satisfação; o realismo nas práticas simuladas; o desenvolvimento de competências e do pensamento crítico para a tomada de decisão; o aumento na autoconfiança; o reforço na organização e na confiança; a aprendizagem ativa, realista e o desenvolvimento de habilidades técnicas. Porém, alguns resultados merecem uma reflexão, nomeadamente: o facto de haver uma menor correlação de satisfação na fase do *debriefing*, pela dificuldade de estabelecer relações interpessoais com os simuladores, principalmente nos estudantes com características sociais mais introvertidas. Outro dado interessante refere-se aos cenários clínicos serem muito stressantes (Baptista et al., 2014b).

A resolução dos casos clínicos em contexto real constitui um desafio para toda a comunidade educativa, principalmente para os estudantes de enfermagem. A referência dos estudantes aos cenários clínicos como stressantes representa uma oportunidade de proporcionar maior investimento na dinâmica interativa e na mediação de metodologias pedagógicas no processo educativo. Casate e Corrêa (2006) identificaram nas práticas clínicas hospitalares algumas dificuldades dos professores em mediar estratégias pedagógicas para ajudar os estudantes a cuidar das pessoas com processos complexos de doença, principalmente na área do sofrimento humano, componente essencial na área do cuidar, que exige do estudante uma atitude de escuta ativa, envolvimento, senso crítico e acolhimento empático, características complexas que muitas vezes o estudante não está preparado numa fase inicial da sua formação.

O nível de preparação do processo formativo e a lecionação das práticas clínicas em contexto real, fortemente enraizadas na dicotomia do fazer técnico e do saber fazer, podem condicionar o desenvolvimento de competências de humanização dos cuidados de saúde, limitação que pode ser minimizada com um processo formativo adequado em ambiente artificial, ou seja, na SCeE (Casate & Corrêa, 2006).

As exigências educacionais que hoje a comunidade educativa vivencia permitem canalizar nos professores estratégias pedagógicas capazes de preparar os seus estudantes para os desafios exigentes no futuro. A utilização de peças de fruta, como o exemplo das laranjas,

para simular uma prática de administração de injetáveis intramusculares, o uso de simuladores estáticos para o treino de reanimação cardiopulmonar, a inserção de cateteres e a dramatização para o treino de competências comunicacionais constituem focos de SCeE, que operados num ambiente artificial com simuladores e controlados pelo mediador da aprendizagem, podem canalizar no estudante competências para o contexto clínico real.

O uso de simuladores, para desenvolver competências operacionais, é uma realidade desde a segunda guerra mundial e representa uma estratégia de aprendizagem para preparar os profissionais para os desafios de cada atividade profissional. Por exemplo, como nos refere Ward-Smith citado por Sanford (2010) os simuladores ainda “*to be used today to train pilots in simulated situations such as loss of power, engine failures, and poor weather conditions*” (p. 1007).

As ciências médicas introduziram a SC como metodologia de ensino nos programas de educação dos seus estudantes, assim como o *Institute of Medicine*. Na enfermagem Martins et al. (2018) através da *World Health Organization*, também desenvolveram um manual sobre a *simulation in nursing and midwifery education* como uma referência para as boas práticas de enfermagem na saúde materna e obstétrica.

Em 1976 um grupo de educadores em enfermagem (*Charlene Clark, Kathleen Mikan, Kay Hodson-Carlton e Joanne Crow*) nos Estados Unidos da América na conferência da “*Health Education Media Association (HEMA)*” em Nova Orleans, iniciaram um diálogo para a criação da *Nursing Association for Clinical Simulation and Learning (INACSL)*, formalmente organizada em abril de 2002 e incorporada no Estado do Texas em janeiro de 2003 (INACSL, 2023). Numa tendência natural de difundir a SC como estratégia pedagógica, em novembro de 2011 foi criada a Sociedade Portuguesa de Simulação (SPSim) aplicada às Ciências da Saúde (SPSim, 2023).

No Brasil, de acordo com a Lei Federal nº 9394/1996 de 20 de dezembro, na Câmara dos Deputados, iniciou-se uma mudança estrutural na educação, visando encontrar condições para a comunidade educativa reformular os currículos formativos na área da saúde, no sentido de preparar os seus profissionais com crítica e com espírito de transformar realidades (Lei n.º 9394 da Câmara dos Deputados, 1996). Assiste-se, assim, a uma tendência natural de encontrar estratégias de desenvolvimento na área da educação para ir ao encontro das necessidades sentidas pelos estudantes e responder com prontidão aos desafios de cada profissão.

Também a Lei n.º 46/86 de 14 de outubro, Lei de Bases do Sistema Educativo, no artigo 1.º no âmbito e definição, refere-se ao sistema educativo como um conjunto de meios pelos quais se concretizam o direito à educação e a garantia de promover ações formativas orientadas para favorecer o desenvolvimento global da personalidade, progresso social e a democratização da sociedade, e salienta a importância do sistema educativo desenvolver estruturas diversas e organizadas (Lei n.º 46/86, 1986).

A Lei n.º 49/2005 de 30 de agosto, segunda alteração à Lei de Bases do Sistema Educativo e primeira alteração à Lei de bases do Financiamento do Ensino Superior, no artigo 11.º identifica como objetivos estimular a criação cultural e o desenvolvimento do espírito científico e empreendedor, bem como do pensamento crítico, incentivar o trabalho de pesquisa, promover a divulgação de conhecimentos culturais, científicos e técnicos, estimular o conhecimento dos problemas do mundo de hoje, num horizonte de globalidade e promover o espírito crítico de liberdade de expressão e de investigação (Lei n.º 49/2005, 2005).

A SCeE surge como uma estrutura organizada e cria condições para potenciar o crescimento de saberes na procura de um conhecimento robusto e sólido, com recurso à autoconfiança, à melhoria do desempenho cognitivo, à autoeficácia, à aquisição de habilidades técnicas e ao desenvolvimento de competências comunicacionais (Costa, et al., 2021). Os avanços desenvolvidos ao nível da qualidade formativa na SCeE têm despoletado inúmeros desafios, nomeadamente na “adoção de métodos que estimulem a participação do aluno nas metodologias ativas em todas as etapas do processo” (Costa et al., 2015, p. 60).

Como ambiente a SCeE incentiva o estudante à reflexão sobre o processo da sua aprendizagem, sobretudo na última década em que os avanços das novas tecnologias trouxeram mais recursos tecnológicos para potenciar maior diversidade pedagógica. A evolução da simulação ocorreu naturalmente em várias áreas do conhecimento, e na saúde, não poderia ser exceção, pela envolvimento ético na pessoa e pela complexidade das respostas humanas desenvolvidas em contextos de saúde/doença.

Por outro lado, a ocorrência de acontecimentos significativos, como a dificuldade dos estudantes em enfrentar o primeiro cuidar à pessoa em sofrimento (Casate & Corrêa, 2006), associadas à ineficácia do ensino convencional, tem criado uma legítima necessidade para a melhoria da educação nestas áreas. O conceito isolado e instrumental do

aprender fazendo na prática parece limitado, quando o referencial da unicidade do Homem apresenta respostas vivenciadas pela natureza holística de cada pessoa.

Em 1999 o documento *“To Err Is Human: Building a Safer Health System”* (Institute of Medicine, 1999) estimou entre 45 e 98 mil mortes nos EUA em consequência do erro médico, deixando a comunidade científica em alerta. A necessidade de encontrar uma estratégia que fosse consensual para mitigar a perda humana, e principalmente para encontrar uma resposta capaz de responder aos problemas com eficácia, constituiu uma meta estrutural.

As experiências formativas dos estudantes numa fase inicial da sua formação, com experiências reduzidas e com limitações técnicas, devem ser evitadas em pessoas, principalmente as mais vulneráveis e as que vivenciam processos de doença complexa. Assim, a experiência na SCeE representa uma estratégia conducente com a atualização das práticas, e é capaz de promover a segurança dos participantes. No entanto, emerge a necessidade de maior investimento na educação dos profissionais na área da simulação clínica, à semelhança do que foi verificado no Brasil, com a criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente pelo Ministério da Saúde (Costa et al., 2015).

Costa et al. (2015) desenvolveram um estudo sobre a SC enquanto metodologia de aprendizagem e de que forma contribui para a construção de novas formas de pensar a Saúde e a Enfermagem. O objetivo do estudo permitiu uma reflexão sobre as perspetivas do ensino e da aprendizagem na simulação, enquanto metodologia ativa. No estudo utilizaram quatro níveis interativos: a simulação como contexto imediato, metodologias ativas como contexto específico, educação e formação em enfermagem como contexto geral e a formação em saúde como metacontexto. Concluíram ser fundamental refletir sobre a perspetiva da construção da aprendizagem com a participação efetiva dos estudantes e dos professores e que a simulação, como método, pode contribuir para a aquisição de competências e habilidades e fazer emergir melhor desempenho e competências profissionais (Costa et al., 2015).

Sobre a utilização da SC no Brasil, e a simulação no contexto da pandemia por Covid-19, é consensual que apesar das restrições implementadas na área educativa, a “simulação é uma etapa do processo de formação que prepara melhor o aprendiz para atender o paciente de forma mais segura e com melhor qualidade” (Costa et al., 2021, p.2).

Assim, a construção dos centros com SiAF têm surgido naturalmente. O CSC da RAM foi inaugurado a 4 de setembro de 2012, com apoio do Fundo Europeu do Desenvolvimento Regional (FEDER), através do programa Intervir +. Investimento com recursos a fundos comunitários e constitui hoje um recurso importante e disponível para usufruto da comunidade científica na RAM (Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira, 2023).

A simulação clínica tem sido apadrinhada como um meio interativo e promotor de aquisição de conhecimento, e é apelidado por muitos como um ambiente de aprendizagem inovador. Se por um lado comungamos da opinião que o ambiente da SC tem tido por parte das Escolas e dos Governos um forte investimento na construção e dinamização de centros altamente tecnológicos, por outro lado a questão da inovação suscita-nos algumas interrogações. Será o uso de tecnologia avançada com controlo tecnológico e com recurso a SiAF considerado um fenómeno de inovação no processo de aprendizagem? Só há inovação na aprendizagem com SiAF? Só há inovação na aprendizagem quando temos meios tecnológicos disponíveis?

O propósito de uma experiência clínica simulada é replicar o contexto de uma situação clínica real, fácil de interiorização e permitir uma resposta eficaz quando algo semelhante acontecer num contexto real (Martins et al., 2012). O treino de habilidades específicas na SCeE é importante, mas é fundamental que nesse processo de aprendizagem os estudantes consolidem também o seu raciocínio, formulem o juízo clínico na sua tomada de decisão e desenvolvam competências relacionais e éticas.

A SCeE utiliza a tecnologia e as ferramentas pedagógicas, e os simuladores empregues com diferentes níveis de fidelidade, vocacionados para promoverem o crescimento de competências nos processos clínicos da prática profissional, criam um ambiente de aprendizagem na SCeE que vai muito além da identidade técnica e tecnológica, eles promovem a reflexão, a análise, a humanização dos cuidados e a tomada de decisão clínica.

As experiências educativas desenvolvidas na SCeE podem, assim, ser complementadas com vários meios, como nos referem Martins et al. (2012) “nos contextos formativos da área da saúde, podem ser utilizados vários recursos para a aprendizagem por meio da simulação” (p. 623), ou seja, utilizar simuladores com vários níveis de fidelidade, procurando estimular o empoderamento do estudante no processo de aprendizagem. Em

relação aos simuladores de baixa-fidelidade, estão recomendados para um nível da aprendizagem mais básico como as noções introdutórias ao nível da natureza dos fenómenos. Os simuladores de média-fidelidade estão indicados para uma aprendizagem de competências específicas em cenários da prática clínica real. Já os simuladores de alta-fidelidade, munidos de características anatómicas e fisiologicamente semelhantes ao funcionamento do corpo humano, geridos por um computador com software específico, permitem obter respostas fisiológicas e realistas às intervenções realizadas na SCeE em função da condição física de saúde previamente definida pelos intervenientes dos processos de aprendizagem, constituindo excelentes recursos para uma aprendizagem construtiva e significativa.

A experiência da SCeE constitui, assim, uma estratégia de ensino e aprendizagem inovadora, com o propósito principal de replicar situações concretas de um contexto clínico e de proporcionar aos aprendizes respostas capazes de resolver problemas reais, permitindo a construção de novos “saberes” (Martins et al., 2012).

Vários países na Europa, EUA e Canadá têm desenvolvido políticas educacionais para os centros de simulação clínica no Ensino Superior, embora com custos elevados de funcionamento e de logística, no entanto, constituem um recurso para o desenvolvimento do conhecimento científico e para a melhoria do nível da educação e da saúde (Baptista et al., 2014c).

Catalogar o ambiente de SC como inovador, remete-nos para uma reflexão integrada em relação aos processos de desenvolvimento educacional e à aprendizagem desenvolvida. Como nos referem Costa et al. (2015), a inovação não estará certamente circunscrita à necessidade de implementar Centros de Simulação Clínica, quando referem que a inovação no ensino pode ser adquirida pelo desempenho técnico, científico e humano. É fundamental utilizar a prática simulada para enaltecer a aquisição de novos saberes de forma próxima, significativa e integral, privilegiando inexoravelmente o estudante e as suas vivências no processo de assimilação do conhecimento como foco principal e mobilizador de todo o seu processo formativo e adequar as metodologias educativas com a finalidade do Ciclo de Estudos em Enfermagem, ou seja, dotar um licenciado de desenvolvimento pessoal, cultural, científico, social, ético, crítico e com capacidades de aperfeiçoamento que o capacite para uma tomada de decisão clínica consciente e responsável (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

3.1 – O currículo na simulação clínica em Enfermagem

Com a evolução dos tempos, temos vindo a constatar uma mudança simbólica nas pequenas coisas do dia-a-dia, nas relações pessoais familiares e sociais, assim como nas áreas científicas e na organização do pensamento dos estudantes, com naturais repercussões nas dinâmicas do ambiente de aprendizagem desenvolvido e no currículo em particular.

Salientamos que o Currículo também considera os papéis sociais desempenhados pelos estudantes: as relações pessoais, as atitudes e a dinâmica organizacional da instituição educativa. Enfatiza-se, assim, o papel que exerce o conhecido Currículo Oculto, como contributo camuflado, mas ativo, para a construção do conhecimento. O foco essencial da ação educativa é de facto a aprendizagem e o Currículo, nessa ótica, transmitirá sempre o conhecimento como matéria relevante para o desenvolvimento de habilidades e competências (Sousa, 2020).

Abordar habilidades e competências no âmbito da saúde remete-nos para a melhoria contínua da qualidade no sistema de saúde como desígnio fundamental. A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e para a Segurança dos Doentes, através do Despacho n.º 1400- A/2015, contempla o desenvolvimento de medidas transversais na formação pré e pós-graduada na área científica, impulsionando, assim, uma inevitável convergência entre a saúde e a educação na construção individual e coletiva do conhecimento.

O plano Nacional para a Segurança dos Doentes visava até 2020 atingir oito objetivos estratégicos essenciais: aumentar a cultura de segurança do ambiente interno, aumentar a segurança da comunicação, aumentar a segurança cirúrgica, aumentar a segurança na utilização da medicação, assegurar a identificação inequívoca dos doentes, prevenir a ocorrência de quedas, prevenir a ocorrência de úlceras por pressão, assegurar a prática sistemática da notificação, análise e prevenção de acidentes e prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos (Despacho n.º 1400- A/2015). Um plano ambicioso, mas necessário para atender à utilidade pública da prestação de cuidados à pessoa, família e comunidade. Assim, emerge a necessidade de formar estudantes com experiências de aprendizagem significativas que sejam capazes de colocar em prática as orientações estruturais da comunidade onde estão inseridos.

A aprendizagem significativa exige abordagens de ensino-aprendizagem a nível cognitivo que sejam promotoras do desenvolvimento das capacidades e atitudes dos estudantes, valorizando a construção do conhecimento a partir das interações estabelecidas entre os sujeitos. O currículo e a SCeE, no seio da comunidade educativa, contribuem para a construção de um conhecimento atual, atendendo a que estabelecem interligações para que os estudantes, como futuros educadores para a saúde, estejam mais habilitados para criar ambientes interativos e a envolver as comunidades locais nos processos de aprendizagem.

Aspetos centrais do currículo têm colocado grandes desafios à comunidade educativa. As expectativas criadas pelos estudantes, em resposta às necessidades formativas, numa sociedade mais informada e apropriada de meios tecnológicos, enfatizam a oportunidade de refletir sobre a ação educativa no ensino superior. O modelo da escola fabril, centrado em debitar conteúdos: especificação precisa de objetivos, procedimentos e métodos para a obtenção de resultados e mensuração, descritos por Bobbitt (Silva, 1999), tem colidido com uma visão crítica e pós-crítica de um currículo, com necessidade de reflexão sobre o objetivismo racionalista e transmissivo, para uma aprendizagem centrada nos processos de pluralidade e heterogeneidade de cada aprendiz (Vygotsky, 1991).

A necessidade de refletir sobre o processo educativo na SCeE, bem como analisar o envolvimento entre os elementos da simulação, com especial relevância para os aprendizes principais agentes ativos no processo de aprendizagem, constitui uma preocupação atual. Considerando que a SCeE visa a apropriação de um conjunto de conhecimentos, habilidades técnicas e relacionais, resultante da compreensão humana e dos processos de aprendizagem, para a reconstrução de um conhecimento sócio-histórico, podemos reconhecer que o currículo procura satisfazer e dar forma consistente a esse conhecimento. O currículo tende a rodear os conhecimentos envolvidos na identidade e na subjetividade da natureza humana de cada um e promove o desenvolvimento do conhecimento nos processos de construção individual e coletivo, assim como a inter-relação desse conhecimento com o contexto socio cultural (Silva, 1999). À luz da etimologia da palavra "currículo", que significa “corrida”, e acaba de nos tornar naquilo que somos (Silva, 1999).

O objetivismo racionalista do currículo, centrado no ensino, na transmissão de conteúdos iguais para todos, estabelece um caminho fundamentado nas teorias tradicionais da didática, da organização, do planeamento, da eficiência e dos objetivos traçados. No entanto, as teorias críticas e pós-críticas do currículo evocam também a reflexão dos

processos como uma estratégia estrutural para potenciar a aprendizagem, centrada em cada aprendiz, revestida de pluralidade e de heterogeneidade (Silva, 1999).

No ambiente da SCeE, a preocupação dos mediadores em potenciar uma aprendizagem construtiva, assume uma importância vital. Nesse sentido, o desenvolvimento e a construção do conhecimento em convergência com um ambiente de aprendizagem efetiva, revestem-se de uma orientação do currículo promotora do desenvolvimento de competências fundamentais para o cuidar da pessoa, com ética, com qualidade e em segurança. O currículo como campo de estudos está, assim, ligado aos processos formativos de um corpo de especialistas na ação (Silva, 1999).

O valor da vida do Homem, como ser humano genuíno, emerge acima de qualquer condição. A SCeE vocacionada para criar ambientes personalizados em contexto real, e com objetivo bem definido, permite produzir novas competências numa hierarquia de transmissão de saberes, que estruturados em vários casos clínicos, devidamente validados, proporcionam experiências cognitivas, psicomotoras e afetivas, procurando preparar os estudantes para um desempenho de cuidados reais e com alto nível de qualidade (Martins et al., 2014).

Assim, o currículo alvo de leitura e de interpretações constrói realidades curriculares (Sousa, 2012). A excelência do currículo como campo de estudos estreitamente ligada aos processos formativos, como a formação de um corpo de especialistas, assume-se também como uma referência na evolução e no crescimento da ciência (Silva, 1999).

A ciência consiste em solucionar problemas e refletir sobre as soluções, assume-se como um empreendimento altamente cumulativo e bem-sucedido no alcance do objetivo e na ampliação contínua do conhecimento científico (Kuhn, 1998), ou seja, promove a tão desejada transição entre a teoria e a prática com a apropriação de conhecimento conducente com a capacidade de o utilizar no seu exercício profissional.

Durante a maior parte do século XX, a educação dedicou-se de forma significativa à procura exaustiva de um conjunto de princípios que orienta a planificação e a avaliação educacional. Deste modo, segundo Apple (2001) a intervenção educativa poderá ser analisada de duas perspetivas: como forma de melhoria e de resolução de problemas e, numa escala mais vasta, na observação de padrões que se formam em relação ao tipo de pessoas que conseguem progredir e os resultados latentes na instituição.

Na verdade, a Escola, e no caso particular o contexto de aprendizagem da SCeE, não poderá constituir um local de mera reprodução, onde todo o conhecimento ministrado, explícito e oculto transforma os estudantes em seres passivos (Apple, 2001), e os estudantes não podem ser vistos como interiorizadores de mensagens sociais pré-concebidas. O contexto de SC abre, assim, à reflexão de ser vista não apenas como um simples ambiente/contexto de reprodução. À semelhança da Escola como aparelho do Estado, a SCeE desempenha um papel importante para a criação de condições necessárias para a acumulação de capital (certificam os estudantes hierarquicamente organizados), assim como na legitimação (mantêm uma ideologia meritocrática, legitimando formas ideológicas necessárias para a recriação da desigualdade).

O facto é que para construir uma sociedade dinâmica, o contexto educativo deve promover o desenvolvimento da capacidade crítica e instruir os seus estudantes a assumirem essas posições, e serem capazes até de desafiar a própria organização curricular (Apple, 2001). Os contextos académicos são importantes instituições de reprodução social (Althusser, 1970) e há necessidade de integrar os aspetos específicos de uma cultura nos contextos educativos, assim como o conhecimento oficial nas representações dominantes de uma sociedade. Transformar o currículo numa mera preocupação de métodos eficientes, como enfatizam algumas práticas desenvolvidas na SC equivalentes à de Tyler (1949), com ênfase cientificista no input, output e produção eficiente, ou seja, uma reprodução económica, relegam para segundo plano a cultura socio histórica do aprendiz.

A SC, à semelhança da Escola, não se encontra organizada unicamente para ensinar, mas também está vocacionada para catalisar a produção do conhecimento e criar uma linha de convergência do capital cultural, social, humano e económico para servir os interesses das classes da sociedade. No contexto da SCeE, há a necessidade de rever fundamentos teóricos, baseados em modelos tradicionais e nas formas de organização do currículo (Silva, 1999). Urge a necessidade de analisar os pressupostos sociais e educacionais que minimizem as desigualdades, as injustiças sociais e educacionais. Para as teorias críticas o importante não é desenvolver técnicas de como fazer o currículo, mas desenvolver conceitos que permitam compreender o que o currículo faz (Silva, 1999).

O poder que a Escola exercita, através da promoção de uma cultura de aprendizagem, suporta a ideia de que as escolas não podem ser desvalorizadas, uma vez que se encontram profundamente integradas num quadro social abrangente, sobretudo naquilo que a sociedade necessita (Apple, 2001). Por outro lado, o sistema educativo, devido à

localização específica no seio de uma rede mais ampla nas relações sociais, possibilita o desenvolvimento do pensamento crítico e a tomada de decisão. Só assim será possível minimizar um currículo reducionista que fraciona a leitura do mundo e impede as experiências humanas particulares (Fino, 2016), atendendo a que a aprendizagem se assume com um processo de construção do conhecimento, baseado nas próprias percepções do estudante (Correia, 2011).

Considerando o contexto da SCeE, em que os cenários de aprendizagem são disponibilizados aos estudantes previamente delineados e conceptualizados de forma standard e em consonância com o desenho curricular, o estudante é instruído na sua prática a atingir determinados objetivos, procurando ativamente comportamentos relacionados com os objetivos definidos pelo currículo (Tyler, 1949). Hilda Taba, citada por Sousa (2012), identifica que a abordagem técnica do currículo inclui sete etapas estruturais: diagnóstico de necessidades, formulação dos objetivos, seleção e organização de conteúdos, seleção e organização de experiências de aprendizagem e avaliação de todo o processo.

Será que o currículo na SCeE fundamenta a sua ideologia nas necessidades do estudante? Será que as expectativas da aprendizagem dos estudantes são consideradas no contexto de SCeE? De facto, as práticas na SCeE, quando associados a ambientes realistas, e com recurso à tecnologia do som, do vídeo, da imagem e dos SiAF, proporcionam experiências únicas baseadas no realismo profissional, estimulando a curiosidade, a motivação e o envolvimento dos estudantes (Oliveira et al., 2014).

A SCeE implementa um cenário de aprendizagem cognitiva (currículo cognitivo) conducente com os fenómenos desenvolvidos numa experiência real, criando condições fundamentais para a construção da cognição (Duman & Çelik, 2012). Adequar o currículo ao desenvolvimento tecnológico constitui um desafio para os processos de ensino-aprendizagem. Desafios cada vez mais exigentes, em contextos diversos da prática clínica, recomendam novas técnicas e novos métodos de aprendizagem para obter resultados mais eficazes.

No paradigma da SCeE predomina uma estratégia didática, em que o professor desenha as linhas orientadoras para cada caso clínico. O conteúdo programático da unidade curricular é explanado aleatoriamente pelos alunos e organizado nas seguintes etapas: Apresentação do caso clínico pelos professores à equipa com informações específicas: perfil do paciente

estudado, contexto fisiopatológico; análise do caso clínico; tarefas a executar e seleção de materiais para a intervenção e avaliação final (Jeffries et al., 2015). De facto, a estrutura curricular da SCeE como estratégia de ensino-aprendizagem, necessita de ser alvo de reflexão. Será que os objetivos e as estratégias que são delineadas no processo de simulação deverão permanecer somente no domínio do professor/orientador? Que papel desempenha o estudante no processo de simulação clínica? Os estudantes deverão ser incluídos no centro do processo ensino/aprendizagem como agentes ativos na fase do planeamento, objetivos e estratégias a serem desenvolvidas?

A experiência real da simulação contempla elementos específicos, embora possam ser alterados durante a implementação da experiência (Jeffries et al., 2015). O design da simulação inclui os objetivos de aprendizagem, que orientam o desenvolvimento e a seleção das atividades, assim como os cenários a serem desenvolvidos. Na experiência da SCeE há uma interação dinâmica entre o mediador e o participante. O mediador da aprendizagem responde às necessidades emergentes dos participantes durante a experiência e ajusta as estratégias educacionais sentidas pelos intervenientes. O participante executa a SCeE planeada pelo professor.

O processo da SCeE poderá envolver três áreas essenciais: o participante, o paciente alvo da intervenção da simulação e os resultados do sistema. Se, por um lado, a avaliação dos participantes no processo de simulação é importante na promoção de maior satisfação, autoconfiança, atualização do conhecimento e a aquisição de habilidades, por outro lado a satisfação dos destinatários e os resultados organizacionais representam indicadores para aferir a efetividade e a necessidade de mudança de comportamento.

A SCeE poderá assentar na sua conceção em alguns princípios da Escola fabril, administração científica de Taylor, estruturada na didática e na exposição de conteúdos em que o estudante terá de replicar no contexto da SC (Silva, 1999). Também Bobbitt, citado por Silva (1999), descreve o envolvimento do estudante no processamento como um produto fabril e no seu discurso descreve o currículo com a especificação precisa de objetivos, procedimentos e métodos para a obtenção de resultados que possam ser mensurados. Neste sentido, será que a SCeE desenvolve uma prática suportada no paradigma “fabril”, subtilmente camuflada pela tecnologia, pelo som, pela imagem e pelos SiAF?

O desenvolvimento curricular na SCeE encontra-se estruturado em etapas. Numa primeira etapa (fase 1) desenvolve-se uma reunião entre os intervenientes do desenho da SCeE, no sentido de elaborar um plano e traçar objetivos, fase importante na construção do processo em que não há relato do envolvimento do estudante.

Posteriormente, na fase 2, desenvolve-se a seleção dos cenários, com dificuldade crescente e adequados às etapas de desenvolvimento dos estudantes. A fase 3, o “workshop”, com duração determinada, é constituído pela exposição de conteúdos da temática alvo de simulação (didática). Seguidamente, na fase 4, os estudantes são informados sobre os objetivos e as estratégias de aprendizagem a desenvolverem na SCeE. Na fase 5, os estudantes desenvolvem uma prática simulada em equipas de dois e sob observação do professor/orientador. Na fase 6, conhecida como *debriefing*, após cada cenário e com a duração aproximada de 30 minutos, abre-se um espaço para que o estudante faça a sua autoavaliação. O professor e o colaborador orientam acerca de possíveis comportamentos a melhorar, podendo haver uma redefinição de objetivos. A fase 7, a avaliação da prática pedagógica pelos estudantes, constitui um momento de expressão dos mesmos, nomeadamente a opinião sobre a satisfação com a experiência simulada.

Salientamos que o uso de SiAF na simulação clínica promove um ambiente realista e favorece uma aprendizagem significativa. Paralelamente, as experiências simuladas em ambientes mais realistas, diminuem a incidência de erros em contexto real e promovem uma reflexão sobre o processo da tomada de decisão (Martins et al., 2012).

O atual modelo de simulação, estruturado para o objeto em estudo, necessita de uma nova oportunidade para cativar os estudantes para uma atitude mais proativa em encontrar soluções apropriadas (Duman & Çelik, 2012). Assim, será que o atual modelo de simulação, baseado na didática e blindado com objetivos fortalecidos numa estratégia bem definida, cria condições para responder às expectativas dos estudantes e proporciona um envolvimento de acordo com a construção do seu projeto de simulação?

Os pressupostos das teorias críticas e pós-críticas do currículo à luz da era pós-moderna evocam a emergente necessidade de uma efetiva aprendizagem centrada em cada estudante. É essencial que o estudante esteja envolvido, em articulação com todos os intervenientes do processo educativo, na construção de uma identidade conducente com a sua expectativa. No entanto, o currículo parece confirmar a ideia de que os distintos elementos de uma experiência de aprendizagem deveriam incorporar a disciplina (no

sentido de coerência estrutural) e a ordem (no sentido de sequência interna), para ser seguido e concluído, exercendo uma forte influência referencial na sequência, na extensão, na formatura estudantil e na emergência do currículo, aumentando o sentido de controle no ensino e na aprendizagem (Hamilton, 1993).

Efetivamente, é transversal à maioria das teorias contemporâneas que a aprendizagem significativa requer uma tarefa significativa, e as tarefas mais significativas são aquelas que emergem ou são simuladas a partir de um contexto real. Para tal, também é fundamental um espírito crítico e novas culturas escolares com ambientes interativos (Fino, 2020), promotores de processos conscientes e críticos de mudança, ou seja, de inovação pedagógica (Kincheloe, 2006a). O papel da educação no processo de mudança assume um desígnio no combate à conceção ingénua da pedagogia como alavanca da transformação social e política (Freire, 2013).

Com a democratização da educação em Portugal, a mesma assume o poder de transformar e contribuir para o crescimento crítico de uma comunidade académica mais ativa e responsável nos seus processos de aprendizagem, promovendo o empoderamento social, económico, cultural e político (Fino, 2022).

Atendendo a que a educação permite capacitar o estudante com aptidões do pensamento, num ambiente de ensino-aprendizagem, que proposta de currículo nos é apresentada no contexto da SCeE? É considerado um currículo que fomenta o desenvolvimento de ferramentas cognitivas e estimula novas formas de pensamento e raciocínio na ZDP dos estudantes? O currículo potencia as capacidades reais dos estudantes? Questões fundamentais que deverão ser exploradas à luz das teorias críticas do currículo.

A SCeE não deverá embeber somente da reprodução e transmissão do conhecimento expositivo e explícito, que habilita os estudantes como seres passivos, ela deverá habilitá-los a identificar as necessidades formativas numa sociedade cada vez mais desigual (Giroux, 1983). A SCeE necessita, assim, de uma consolidação ideológica no processo de aprendizagem, catalisando a individualidade que se pode encontrar no âmbito da autonomia que o contexto da prática simulada oferece (Apple, 2001).

De facto, a SCeE deverá promover um envolvimento ativo do estudante no seu processo de aprendizagem. O projeto de simulação deverá receber os contributos do estudante em todo o processo (desde a conceção do projeto à prática) e promover a liberdade de escolha através do seu próprio exemplo e das experiências vivenciadas (Giroux, 1983). Podemos,

então, afirmar que assim criamos condições para estimular o pensamento crítico e promover uma aprendizagem construtiva (Jonassen, 2000).

O projeto da SCeE, atualmente conceptualizado numa cultura didática, encontra-se limitado pelo multiculturalismo e pela natureza do conhecimento de cada estudante. Parece subsistir uma resistência institucional em aceitar o estudante como portador de memórias sociais, com direito a se exprimir e a se representar nos processos de aprendizagem (Giroux, 1983). Atualmente, era pós-moderna (Sousa, 2020), parece ainda prevalecer características com influência direta na política educacional.

O currículo deverá promover a pluralidade e criar condições para que possam emergir as múltiplas culturas próprias da era pós-moderna, sob pena de continuar a permitir fortes influências do modelo fabril no processo de aprendizagem e na aquisição do conhecimento. É possível convergir linhas educacionais neste mundo pós-moderno. Como nos refere Sousa (2018) na descrição do currículo-como-vida, o Homem deverá promover uma cultura crítica, consciente e participativa no papel que desenvolve num determinado meio (neste caso em simulação clínica), construindo um currículo de várias realidades culturais e alvo de múltiplas interpretações e leituras, ou seja, currículos promotores de crescimento.

O currículo desafia a SCeE a analisar o verdadeiro foco de atenção e refletir se o projeto de simulação é promotor de uma cultura plural para desenvolver um conhecimento moderno e atual. Urge incentivar o estudante a partilhar as suas experiências, os seus valores, os seus conhecimentos prévios e contribuir na construção dos seus próprios projetos (Giroux, 1983). Só assim podemos afirmar que a SCeE constitui um fenómeno educacional que responde às necessidades educativas de cada estudante e não uma estratégia de debitar conteúdos para serem simulados. Assim, a política curricular (contexto de simulação clínica) ocupa um espaço privilegiado para uma experiência construtiva e de desenvolvimento do conhecimento (Sousa, 2017).

A perspetiva de um currículo-como-vida encontra, assim, um espaço para promover uma aprendizagem significativa e promotora das capacidades de cada estudante. Como nos enfatiza Sousa (2020), à luz da era pós-moderna, é possível o currículo-como-vida nos ambientes de aprendizagem, referenciando os estudantes para o centro dos processos, com expressão crítica, como agentes de mudança social, política, ambiental e cultural.

Ainda é comum os professores, nos diversos espaços formativos, adotarem uma postura de transmissão direta de informação, enaltecendo a figura de um ser único e exclusivo dotado de conhecimentos. Entretanto, é válido reconhecer que diversas iniciativas têm sido tomadas e algumas medidas têm sido implantadas no contexto formativo, quer seja por correntes teóricas em busca de um rito de mudança paradigmática, levando em consideração a complexidade dos fenômenos, ou por meio da percepção de uma necessidade de transformação das formas de pensar e agir impulsionadas pelas características do contexto pós-moderno (Costa et al., 2015).

Uma reflexão em torno do currículo, descrito provavelmente como um ato de “depósito bancário” (Freire, 2013), releva para a discussão atual vários pontos de vista, atendendo a que os ambientes de SCeE promovem a transferência de conteúdos do professor/especialista/mediador para o estudante, o que poderá ser entendido como um depósito de conteúdos balizados por uma temática, em que os estudantes têm o compromisso de desenvolver na prática a simulação e de relatar as experiências dessa simulação, planeada pelo professor. O estudante exerce, assim, um papel passivo no processo, condicionado pelo “desenhador”, que formata o estudante para um determinado fim.

O currículo deve criar condições para valorizar o estudante em todo o processo e incentivar o próprio a idealizar e a criar o seu projeto de aprendizagem, ou seja, o conhecimento não pode ser entendido com algo que existe fora e independente das pessoas envolvidas (Silva, 1999). O conhecimento é sempre conhecimento, e não existe uma separação entre o ato de conhecer e aquilo que se conhece, ou seja, é "intencionado" e está sempre dirigido para alguma coisa (Freire, 2013).

Na perspectiva de Freire (2013) é a experiência dos estudantes que se torna a fonte primária dos temas significativos que vão constituir o conteúdo programático, e faz todo o sentido integrar os estudantes em todas as fases do processo de SCeE, principalmente na fase do planejamento do projeto, criando condições para uma educação plena e apropriada de conhecimento. O conteúdo programático na SCeE não assumiria assim um caráter de doação ou imposição, mas sim a devolução organizada e sistematizada de elementos previamente apresentados de forma desestruturada (Vygotsky, 1991).

Na SCeE as fases do *prebriefing*, *briefing* e do *debriefing* representam momentos fundamentais para o envolvimento do estudante no processo de aprendizagem (Jonassen,

2000), e as condições do planeamento poderão condicionar o desenvolvimento das capacidades cognitivas nesse processo (Vygotsky, 1991).

A apresentação teórica da SCeE e do cenário idealizado representa uma oportunidade para rever os conhecimentos já adquiridos, o ambiente e os recursos disponíveis para a simulação prática. Representa uma etapa essencial do processo da SCeE, atendendo a que partilha a expectativa e cria um ambiente favorável, interativo e promotor de uma comunicação social e de relação de confiança (Kaneko & Lopes, 2019), apesar de haver estudos que referem não encontrar diferenças significativas entre a SC e outras metodologias de ensino (Batista et al., 2014b).

Os estudantes são informados sobre os objetivos a atingir e sobre a experiência de simulação a ser desenvolvida. De facto, é importante partilhar os objetivos, no entanto, o mediador da aprendizagem poderia incentivar a autonomia dos estudantes na definição dos seus próprios objetivos e, assim, anteciparem possíveis resultados, não só através de um pensamento reflexivo e crítico, mas também criativo.

No desenvolvimento do cenário, o estudante é confrontado com a resolução de vários problemas e a necessidade de procurar soluções, atendendo à liberdade que lhe é conferida pelo mediador da aprendizagem. Nesta fase do processo de simulação, o mediador da aprendizagem deverá desempenhar uma interação construtiva e não como mero observador a assistir à realização do caso clínico simulado. A mediação exercida pelo especialista durante a SCeE possibilita analisar a estratégia pedagógica mais adequada para expandir a ZDP e, assim, promover a tão desejada transição entre a teoria e a prática com a apropriação de novo conhecimento (Vygotsky, 1991).

A SCeE é muito mais do que uma estratégia pedagógica com recurso a simuladores. Ela envolve vários intervenientes no processo de aprendizagem de forma construtiva e genuína. A forte influência do currículo na conceção do desenho da SCeE de um determinado cenário promove o desenvolvimento de competências no domínio cognitivo, no pensamento crítico, e na tomada de decisão, requisitos fundamentais para uma educação inclusiva, assumindo o mediador da aprendizagem um papel congregador e potenciador de metacognição (Fino, 2020). O currículo e a SCeE convergem esforços estruturais para o desenvolvimento estruturado, bem definido e com uma meta a atingir. A necessidade de uma integração reformista e crítica do currículo emerge para uma necessidade de adequar o próprio currículo às necessidades e aos desafios atuais.

A SCeE com recurso a simuladores robotizados e com meios tecnológicos avançados, por si só, não promovem aprendizagem significativa, é necessária uma integração ativa dos estudantes nesse processo (Bortolato-Major et al., 2019). A SCeE não pode ser vocacionada para a reprodução de um conteúdo ministrado (explícito e oculto) que transforma inexoravelmente em estudantes passivos, aptos e ansiosos para se inserirem numa sociedade desigual (Apple, 2001). A SCeE atua com foco num contexto social, cultural e histórico, que embora com uma definição do currículo pré-determinado, estimula a motivação e a aprendizagem autodirigida, respeitando até a pluralidade e a heterogeneidade dos estudantes.

3.2 – A inovação pedagógica na simulação clínica em Enfermagem

A experiência de aprendizagem com os estudantes do CLE permite capacitá-los de competências para o livre exercício da profissão, como processo que reflete a progressão na ZDP (Vygotsky, 1991).

Face à complexidade do fenómeno “cuidar” e à necessidade de os estudantes desenvolverem competências específicas, torna-se fundamental criar estratégias pedagógicas no sentido de proporcionar aos estudantes e futuros profissionais (Enfermeiros) um exercício competente. As unidades curriculares que são desenvolvidas sobre o cuidar à pessoa com recurso à SCeE criam condições para proporcionar o aumento de competências para o futuro profissional de enfermagem poder integrar uma equipa de saúde e contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Nesse sentido, valorizamos as experiências em ambientes educativos e em centros de simulação clínica, com recurso a simuladores de diferentes níveis de fidelidade.

Na enfermagem, os estudos realizados sobre as experiências clínicas simuladas e sobre os diferentes tipos de simuladores começaram a surgir, praticamente a partir do ano 2000 nos Estados Unidos da América, atendendo a que construir um centro de simulação com todo o material e equipamento necessários para representar o mais possível o contexto real, implica uma logística com custos elevados (Baptista et al., 2014c, p. 65).

Com um ambiente apropriado (CSC) criamos condições operacionais para uma aprendizagem baseada em cenários clínicos em consonância com a expectativa e a motivação do estudante, envolvendo-se na dinâmica em adquirir conhecimento científico sob a orientação do mediador educacional, que na análise crítica formaliza dados, identifica processos, canaliza recursos, estabelece prioridades e contribui para a construção do conhecimento em consonância com a evidência científica.

Implementar uma prática baseada em evidências científicas sobre a simulação, possibilita uma melhoria no ensino/aprendizagem aos estudantes de graduação em enfermagem, proporcionando uma melhoria na qualidade dos cuidados a prestar aos doentes, uma vez que o estudante começa a desenvolver as suas capacidades psicomotoras de decisão, destreza, conhecimento, liderança, julgamento clínico e atitude face à enfermagem e ao ser enfermeiro (Baptista et al., 2014c, p. 66).

Assim, a SCeE pode impulsionar uma rutura diretiva de transmissão de conteúdos. Na realidade, as pessoas como seres sociais nutrem a construção do mundo fruto da partilha do conhecimento que constroem a partir dos contextos histórico-culturais acumulados nas referências do tempo e nos locais que interagem (Vygotsky, 1991; Kincheloe, 2006a), e os seus processos de construção interpretam, constroem e validam múltiplos conhecimentos no processo de ensino-aprendizagem. A educação surge com uma ciência estrutural para a compreensão da pessoa e do comportamento humano. Hoje, a evidência científica disponibiliza conhecimento para compreender o fenómeno da natureza humana, porém a complexidade dessa compreensão envolve o mais completo ser à face da Terra, o Homem e o seu meio envolvente.

A necessidade de adequar linhas de desenvolvimento para melhor responder às expectativas continua a ser um desafio, e a educação na saúde não pode ser condicionada pelo avanço tecnológico. A velocidade com que os meios tecnológicos imprimem a divulgação da informação, associada ao progresso do conhecimento, recomenda metodologias que sejam inovadoras e que proporcionem um ambiente criativo, distanciando-se de métodos antigos vinculados na repetição e memorização de conteúdos.

O construtivismo crítico contrapõe-se ao objetivismo racionalista do currículo transmissivo (o institucionalizado modelo da escola fabril centrado no ensino, nos conteúdos e igual

para todos) e evoca a inovação pedagógica para uma efetiva aprendizagem (centrada nos processos de aprendizagem de cada aprendiz), caracterizando-se pela pluralidade e heterogeneidade (Vygotsky, 1991; Kincheloe, 2006a). Neste sentido, subvertem a perspectiva de maior liberdade dos aprendizes nos seus processos de aprendizagem, nomeadamente na liberdade e na promoção da sua posição crítica. Na verdade, os conhecimentos são mais complexos e constituem parte de um processo em constante mudança, e o conhecimento pode ser moldado pelo estudante inserido num determinado contexto (Martins, 2014; Kincheloe, 2006a).

Como nos refere Correia (2011), a aprendizagem é um processo de construção do conhecimento e é construído com base nas próprias percepções e conceções que o estudante tem do mundo e que requer motivação, aprendizagem autodirigida e foco sobre o contexto social, cultural e histórico da aprendizagem. Na esfera do desenvolvimento de competências, a aprendizagem para o cuidar da pessoa assume uma importância emergente e o processo ativo da construção desse conhecimento deve ter por base a percepção e a apreensão focada no estudante, agente ativo do processo, com base na reflexão ativa e empoderada, convergindo com os ideais construtivistas e motivacionais (Correia, 2012).

Os pressupostos do paradigma no processo de SCeE deverão romper com a tendência institucionalizada de modelo “fabril” e evocar a inovação pedagógica para uma efetiva aprendizagem centrada nos processos de cada estudante. É transversal à maioria das teorias contemporâneas que a aprendizagem significativa requer uma tarefa significativa, e que as tarefas mais significativas são aquelas que emergem ou são simuladas a partir de um contexto real, levando ao crescimento do estudante (Jonassen, 2000; Vygotsky, 1991), promovendo um espírito crítico e novas culturas nos ambientes de aprendizagem (Fino, 2020).

Capacitar o estudante com aptidões do pensamento superior constitui um dos principais objetivos das abordagens contemporâneas do ensino-aprendizagem (Jonassen, 2000; Vygotsky, 1991). No entanto, é fundamental atender aos diferentes contextos histórico da cultura e das suas relações históricas. As ferramentas cognitivas (mediadores da aprendizagem) podem ter um papel fundamental na estimulação de novas formas de pensamento e raciocínio na ZDP, ou seja, a zona entre as atuais capacidades e as capacidades potenciais dos aprendizes.

O professor deve estimular os avanços no estudante, interferindo na sua ZDP, promovendo a reorganização funcional da cognição. Deste modo, o aprendiz reorganiza as formas pelas quais representa, e se estas estiverem dentro da sua zona de desenvolvimento proximal, então a aprendizagem será significativa (Jonassen 2000; Vygotsky 1991). Podemos, então, afirmar que recorrendo a ferramentas cognitivas, entendidas como ferramentas de reflexão e representação do conhecimento, estimula-se o pensamento crítico e, em última análise, promovemos uma aprendizagem construtiva (Jonassen 2000).

A construção do conhecimento em Enfermagem tem crescido, ao longo dos tempos, com a criação de um *corpus* científico que tem sustentado a enfermagem-arte e a enfermagem-ciência (Martins et al., 2012). Constitui uma preocupação dos enfermeiros, professores e mediadores da aprendizagem a otimização das melhores estratégias pedagógicas que promovam a aquisição de competências fundamentais para um cuidar com ética, com qualidade e em segurança. A preocupação, manifesta-se, também, com a transição entre a teoria e a prática clínica, com experiência segura em ambientes virtuais e controlados em laboratório (SCeE) para a assistência às pessoas no seu contexto real (Martins et al., 2014; Kaneko & Lopes, 2019). A SCeE assume-se, então, como uma estratégia pedagógica para promover a segurança da pessoa alvo de cuidados a vivenciar processos complexos de saúde/doença em situação de grande vulnerabilidade física e/ou emocional.

Se, por um lado, as estratégias no ensino da Enfermagem para promover o conhecimento têm evoluído com a utilização de novas metodologias para responder aos desafios cada vez mais exigentes, por outro lado a evolução de tais práticas não significa necessariamente inovação. A inovação implica uma mudança das práticas habitualmente institucionalizadas numa base estandardizada na difusão do conhecimento, se atendermos a que é desejada e ambiciona uma nova cultura de promoção crítica, com a matética no centro dos processos heurísticos, em que os aprendizes são mais autónomos e o professor cada vez mais preocupado com a envolvimento do estudante no processo educativo, como nos propõe Papert (Fino, 2020). Neste sentido, existe uma tendência crescente de inovar os ambientes de SCeE, no sentido de promover as capacidades e atitudes dos estudantes a partir das interações estabelecidas (Duman & Çelik, 2012; Martins et al., 2014; Oliveira et al., 2014).

A estratégia de aprendizagem na SCeE deverá priorizar métodos centrados no estudante, projetar o ambiente tendo como referência as particularidades individuais e integrar as informações apreendidas no processo de aquisição de conhecimento (Duman & Çelik, 2012). O ato pedagógico desenvolve-se e é planeado de acordo com as necessidades

individuais dos estudantes, no sentido de potenciar as suas habilidades para refletir sobre um determinado problema, utilizando informações em contexto real, devidamente identificadas e analisadas com detalhe, com vista a encontrar soluções para os problemas, promovendo a aprendizagem baseada em cenários intencionais (Jonassen, 2000; Vygotsky, 1991).

A experiência em laboratório proporciona uma representação, a um grupo de estudantes, de um fenómeno real com o objetivo de compreender as respostas humanas e encontrar recursos para a resolução de problemas, ou seja, promove a aprendizagem significativa com legitimidade, autenticidade e realismo (Duman & Çelik, 2012; Oliveira et al., 2014; Kaneko & Lopes, 2019).

Na área médica, a simulação realística ganhou força como uma metodologia ativa e participativa de ensino e aprendizagem, principalmente em situações de riscos raras e com elevada responsabilidade do profissional, pois permite o treinamento na tomada de decisões rápidas e assertivas, em contextos potencialmente fatais. Outro papel importante da simulação diz respeito ao treinamento de habilidades em procedimentos, pois possibilita incrementar a curva de aprendizado de forma controlada e padronizada através da repetição, em local seguro e acessível, e práticas de habilidades de comunicação, em entrevistas com o paciente, no trabalho em equipe, fortalecendo a empatia e a relação médico paciente (Ferreira, et al., 2024, p. 549).

O realismo possibilita ao estudante treinar, sem receio de errar, situações com pouca experiência clínica durante o seu percurso formativo e permite, ainda, identificar as necessidades alvo dos cuidados e corrigi-las, impossíveis de experienciar quando estamos perante um paciente real pela intolerância na margem para erro (Baptista et al., 2014c).

Os status cognitivo podem de facto condicionar a forma como encaram a resolução dos problemas. No entanto, a necessidade de personalizarem as experiências dos estudantes, com estilos cognitivos diferentes, conduz a uma aprendizagem significativa e as tarefas mais significativas são aquelas que emergem ou são simuladas a partir dos contextos reais (Duman & Çelik, 2012). Assim, os objetos em estudo devem ser transformados em

cenários convergentes com os contextos reais, que sejam capazes de cativar a atenção dos estudantes e que estimulem a análise interpretativa para a resolução de problemas (Duman & Çelik, 2012).

Todo o investimento que as escolas de enfermagem fazem na construção de centros de simulação, na formação de docentes e no proporcionar às estudantes experiências clínicas simuladas tão reais quanto possível, tem como um dos principais objetivos a excelência no cuidar (Baptista et al., 2014c, p. 72).

Assim, a SCeE e os mediadores inseridos no processo de aprendizagem: enfermeiros, professores e tutores, convergem com as finalidades do Ciclo de Estudos em Enfermagem, dotar os licenciados de desenvolvimento pessoal, cultural, científico, social, ético, crítico e com capacidades de aperfeiçoamento, que os capacite para uma tomada de decisão enquanto profissionais. Ou seja, otimizar as melhores estratégias impulsionadoras de aprendizagem com a maior satisfação durante o processo de construção (Ordem Enfermeiros, 2012).

Salientamos um estudo desenvolvido por Santos et al. (2024) sobre a influência da simulação clínica no conhecimento dos discentes de enfermagem na administração de antibióticos em pediatria,

Conclui-se que as simulações clínicas influenciam o conhecimento dos alunos e contribuem como uma metodologia pedagógica robusta, particularmente em contextos educacionais que apresentam um ganho médio e alto de conhecimento e que demandam rigor e precisão, como é o caso da administração de antibióticos na enfermagem pediátrica. As evidências sugerem que tais abordagens não apenas reforçam o conhecimento teórico, mas também aprimoram habilidades práticas essenciais para futuros profissionais de enfermagem. A simulação clínica mostrou-se uma estratégia educacional eficaz para melhorar o conhecimento e as habilidades práticas dos estudantes de enfermagem na administração de antibióticos em pediatria. Os resultados deste estudo demonstraram uma melhoria significativa no desempenho dos alunos após a intervenção educacional, destacando a importância

da simulação clínica como complemento ao ensino tradicional (Santos et al., 2024, p. 496).

3.3 - Modelo de simulação clínica em Enfermagem

A simulação emerge como uma estratégia para identificar, descrever e intervir em fenómenos com elevados padrões de qualidade, ou seja, fortalecer a interligação entre a teoria e a prática, criando espaço para a aprendizagem ser capaz de potenciar o crescimento do conhecimento e fomentar novas estratégias de ação no campo da prática (contexto real e desenvolvimento de novas competências).

Vários estudos indicam que as experiências da simulação promovem a satisfação do estudante, atendendo a que diligencia um maior envolvimento e motivação nos processos (Batista, et al., 2014b). No entanto, também referem que esses resultados são mais enfatizados quando associados a ambientes realistas, a tecnologias modernas, à utilização de SiAF e à realização de um *debriefing* (Martins et al., 2012).

Se atendermos a que nas práticas simuladas os estudantes mobilizam conhecimentos e aplicam habilidades instrumentais, é de todo o interesse que haja uma programação estrutural para o projeto de simulação incluir pesquisas individuais do estudante, sob prévia orientação de especialistas, dando início ao contexto do processo de aprendizagem (Vygotsky, 1991).

O cenário de simulação clínica deverá constituir um espaço de referência para o estudante identificar focos de instabilidade, executar cuidados técnicos dirigidos, diagnosticar e implementar uma resposta de enfermagem apropriada, monitorizar a resposta e demonstrar conhecimento na comunicação terapêutica.

A SCeE cria, assim, condições para uma forte ligação entre a teoria e a prática em contexto de saúde, atendendo a que visa apropriar os estudantes a utilizarem o conhecimento crítico, a formularem diagnósticos de intervenção e, principalmente, a interiorizarem processos de decisão e de aprendizagem.

A qualidade da formação dos profissionais em Enfermagem tem evoluído, nomeadamente na partilha de novos saberes e no desenvolvimento de uma postura pró-ativa no processo educativo. As formações teóricas e práticas dos enfermeiros permanecem atualizadas e

mobilizam conhecimentos para os contextos práticos, potenciando o desenvolvimento cognitivo. Como nos diria Vygotsky, citado por Correia (2011), as funções cognitivas surgem no desenvolvimento cultural, primeiro a nível social, ou seja, interpsicologicamente e, depois, a nível individual, isto é, intrapsicologicamente, dado que a apropriação do conhecimento existe quando o aprendiz interiorizou ou aprendeu determinada informação ou conceito e é capaz de utilizá-la como conhecimento.

No entanto, a presença de alguns modelos tradicionais do ensino, que ainda incorporam os processos de aprendizagem, permitem uma reflexão exaustiva, dado a existência contextual de algumas experiências que evocam os resultados da enfermagem nas organizações e nos processos mais do que nas evidências científicas (Martins et al., 2012). De facto, os contextos formativos em saúde podem munir-se de vários recursos de aprendizagem, como é exemplo a SCeE, mas, independentemente do contexto, a efetividade da estratégia para potenciar a aprendizagem técnica ou relacional deverá ser determinada por mútuo acordo entre os intervenientes do processo. Não obstante das potencialidades da SCeE, por exemplo o uso de um “simulador ou *Roll Play* (representação real), atendendo aos objetivos a atingir, poderá constituir uma estratégia de aprendizagem inovadora e suscetível de gerar conhecimento e desenvolvimento” (Correia, 2011, p. 69), desde que consentido pelos intervenientes.

O propósito de uma experiência clínica simulada é de facto representar o contexto de uma situação clínica, fácil de interiorização e perceptível por parte do estudante, e permitir uma resposta eficaz quando algo semelhante acontecer num contexto real (Martins et al., 2012). O treino de habilidades específicas é fundamental com o recurso à simulação, mas é estrutural que nesse processo de aprendizagem os estudantes consolidem também o seu raciocínio, a sua tomada de decisão clínica e as suas competências técnicas relacionais e éticas.

Constatou-se uma melhoria significativa ao nível da perícia e das competências de execução técnica nos estudantes com experiências em SCeE, quando comparadas aos métodos tradicionais de ensino, nomeadamente ao nível da autoeficácia e autoconfiança na avaliação de sinais vitais, à educação do paciente, à satisfação dos estudantes e ao desenvolvimento de capacidades para a resolução de problemas (Martins et al., 2012).

“Simulation allows students to understand the experience through apprehension (concrete experience) and comprehension (abstract conceptualization) and prepare themselves to

transform the experience by intention (reflective observation) and extension (active experimentation)” (Martins et al., 2018, p. 6).

A teoria de aprendizagem de Kolb (1984) representa um suporte teórico importante para a aprendizagem baseada na simulação, como nos documenta na descrição do manual desenvolvido por Martins et al., (2018), sobre a simulação no ensino da enfermagem em obstetrícia. A SCeE assume-se claramente como um instrumento fundamental para a aprendizagem, e para a avaliação de competências clínicas, nos diferentes graus de diferenciação acadêmica: pré-graduado, graduado, pós-graduado. O aperfeiçoamento técnico que pode ser obtido na simulação permite garantir a qualidade técnica e a segurança das pessoas alvo de cuidados, atendendo a que a simulação como método pedagógico promove o desenvolvimento de técnicas específicas e habilidades transversais adaptadas às realidades culturais, educacionais e profissionais (Martins et al., 2018; Kolb, 1984).

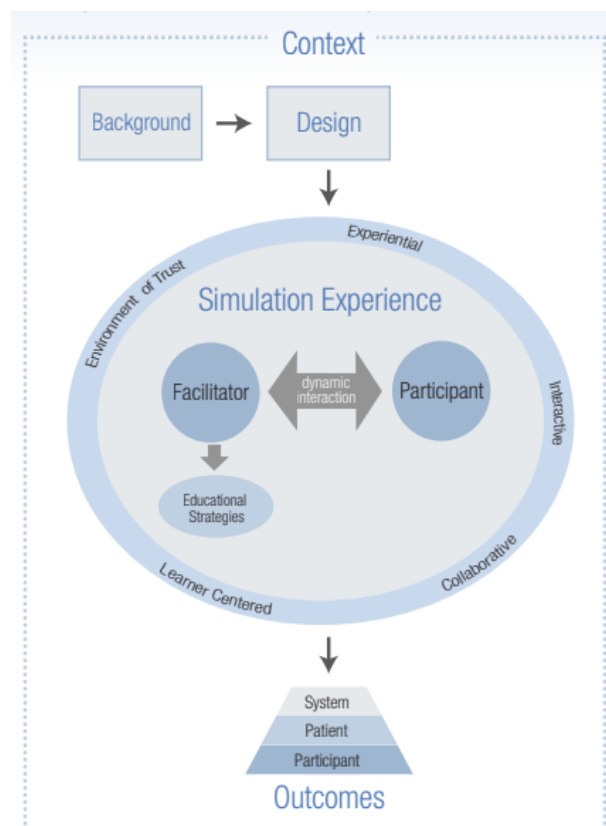
Uma Prática simulada bem projetada, com práticas educacionais adequadas, aumenta a autoconfiança e a satisfação dos estudantes, assim como os apropria de motivação e responsabilidade pela sua aprendizagem, que se espera que seja significativa. Nesse sentido, as experiências em simulação devem ser adaptadas ao nível do conhecimento dos estudantes (Martins et al., 2018). Kolb identifica que o conhecimento é construído pela transformação da experiência em quatro modos de aprendizagem: a experiência concreta (sentir), a observação reflexiva (observação), a conceitualização abstrata (pensamento) e a experiência ativa (fazendo), ou seja, os estudantes aprendem não só com a experiência no ambiente de aprendizagem, mas também com a reflexão sobre a experiência, expandindo progressivamente os seus conhecimentos (Martins et al., 2018, Kolb, 1984).

Embora a SCeE possa realizar-se sem o suporte de um modelo de simulação, o NLN Jeffries Simulation Framework (2005, 2007, 2012) conhecido como NLN Jeffries Simulation Theory, foi concebido para o desenvolvimento da prática simulada em enfermagem. Os elementos do modelo de simulação da NLN Jeffries são constituídos pelo professor/mediador da aprendizagem, pelo estudante/aprendiz, pelas práticas educacionais desenvolvidas, pelas características do projeto de simulação e pelos resultados da simulação. O conceito da teoria de Simulação NLN Jeffries tenta responder à necessidade de interiorizar uma organização estruturada no processo de desenvolvimento da SCeE.

No entanto, se por um lado urge inovar na SCeE, atendendo às necessidades de cada estudante, um modelo estruturado como guia orientador permite obter vários benefícios, nomeadamente: ao nível do conhecimento; nas habilidades técnicas; nas atitudes; na motivação; na satisfação; na autoconfiança; na reflexão das práticas; na segurança dos utentes; no desenvolvimento de estratégias de liderança; na eficiência e na eficácia do conhecimento (Jeffries et al., 2015; Rizzolo et al., 2022).

O modelo de NLN Jeffries et al. (2015), utilizado como referência para a SCeE, constitui um instrumento fundamental para potenciar as experiências de aprendizagem dos estudantes. Os elementos estruturais do modelo da teoria da simulação de NLN Jeffries Simulation assentam essencialmente: no contexto (*context*), nos antecedentes (*Background*), no projeto (*design*), nas práticas educacionais (*educational strategies*), na experiência da simulação (*simulation experience*) e nos resultados (*outcomes*), como representado na figura 1.

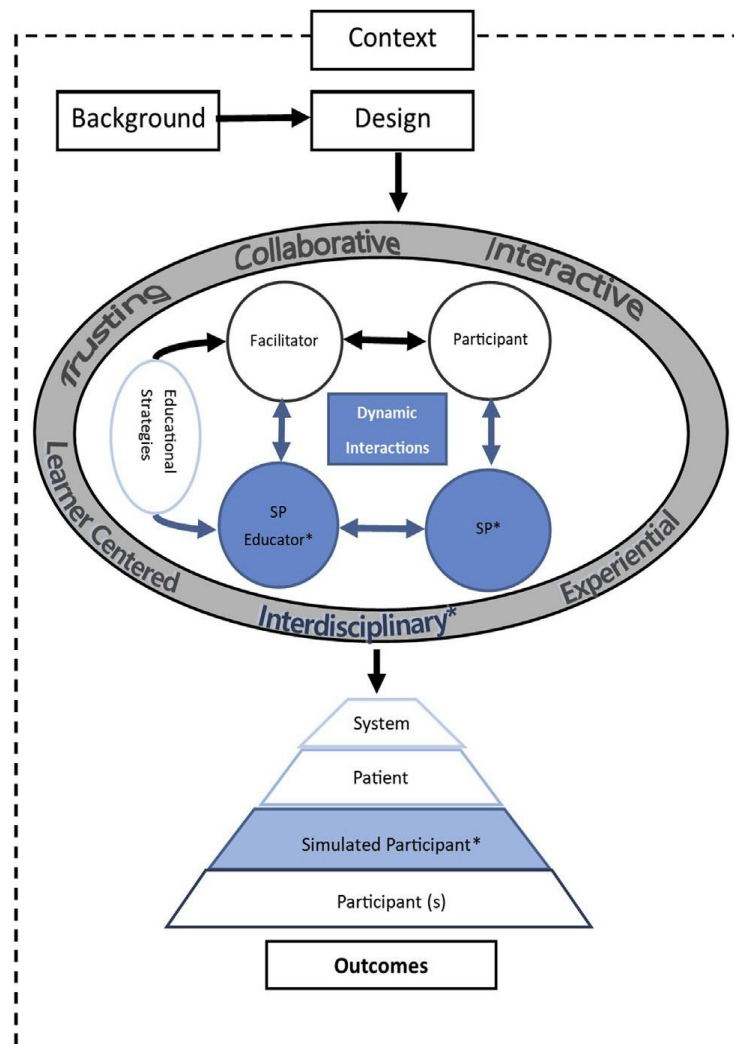
Figura 1. Diagrama do Modelo de simulação clínica em Enfermagem NLN de Jeffries et al. (2015)



Nota. In: NLN Jeffries Simulation Theory: Brief Narrative Description Nursing Education Perspectives (Jeffries et al., 2015).

A teoria NLN de Jeffries constitui uma base de trabalho estruturante para a SCeE e tem evoluído significativamente desde 2005. O trabalho desenvolvido e apoiado pela *National League for Nurses* e pela *Laerdal* contribuiu para o desenvolvimento de novas estratégias na SCeE, principalmente após a sua reestruturação no renomeado NLN Jeffries Simulation Framework com a inclusão particular da figura do participante simulado, como representado na figura 2 (Cowperthwait, 2020).

Figura 2. Diagrama NLN/Jeffries Simulation Framework for Simulated Participant Methodology



Nota. NLN/Jeffries Simulation Framework for simulated participant methodology (Cowperthwait, 2020).

Ao analisar a figura no modelo da SScE da teoria NLN Jeffries (2015), identificamos uma tendência didática, embora seja descrita como uma experiência centrada no estudante a nível experiencial e colaborativa. Cowperthwait (2020) implementou uma alteração do modelo com a inclusão do participante simulado, o que permitiu maior realismo à experiência, e o desenvolvimento de competências transversais com outros intervenientes do processo do cuidar (família, pessoa significativa, comunidade e outros profissionais). A *NLN Jeffries simulation for Simulated Participant Methodology*, documentada por Cowperthwait (2020), para além de introduzir o participante simulado no modelo de SScE, elaborou algumas sugestões a incluir nos vários elementos da teoria de Jeffries (2015).

Ao nível do contexto (*context*), que representa o propósito pela qual a simulação é desenvolvida, o processo de avaliação para a aquisição de competências básicas ou como espaço para aperfeiçoar um comportamento desejado, é sugerida a inclusão da segurança na prática simulada, o enquadramento de uma prática baseada na educação para a simulação e a necessidade de aferir o nível de fidelidade do ambiente de simulação (Cowperthwait, 2020).

Em relação ao *background*, defendem um suporte nas teorias da educação para a simulação, o enquadramento curricular com os objetivos bem definidos e identificados, e a preparação do ambiente da prática simulada com a identificação dos recursos necessários para uma experiência de aprendizagem autêntica, representam sugestões estruturantes para a elaboração do projeto de simulação.

O projeto (*design*) segundo a estrutura inicial de Jeffries inclui: os objetivos, o nível de fidelidade do ambiente de aprendizagem, a complexidade na resolução de problemas e a descrição das respostas predeterminadas do facilitador em relação às intervenções do estudante. Com a inclusão dos participantes simulados, Cowperthwait (2020) sugere: uma prática simulada apropriada para a função; haver a padronização da prática; promover o envolvimento dos educadores e especialistas na elaboração do projeto da prática simulada; utilizar procedimentos fundamentados nas teorias da educação e promover um ensaio geral para todos os intervenientes da SScE. Em relação às práticas educativas, promover a inclusão da interdisciplina no ambiente de aprendizagem, que se perspetiva interativo, colaborativo, experimental, de confiança e centralizado no estudante, constitui uma mais-valia.

Na experiência da SCeE o participante (gênero, idade, carga cognitiva e nível de ansiedade) apresenta-se com prontidão para aprender e para responder aos objetivos propostos. É fundamental informar o participante sobre a natureza da sua participação e monitorizar as expectativas de *feedback* no momento do *debriefing*. Em relação ao papel do facilitador/educador é fundamental que este demonstre capacidade de ensino, promova relações interpessoais construtivas, apresente habilidade tecnológica, responsabilidade, autoconsciência, competência e personalidade.

Destacamos, também, a experiência do participante com a metodologia desenvolvida na prática de simulação, o conhecimento sobre as práticas educativas e pedagógicas, a utilização de um modelo de *debriefing*, a confiança com o *feedback* no *debriefing*, a utilização de padrões de fidelidade na simulação, a disponibilidade, a experiência com a prática simulada e a garantia da qualidade da experiência da SCeE.

Nos resultados, ou *outcomes*, destacamos a inclusão do participante simulado, sugerido por Cowperthwait (2020), complementando os resultados previstos com o participante, o paciente e o sistema, já descritos na teoria de Jeffries (2015).

Na opinião de Cowperthwait (2020), muita mudança ocorreu no ensino da simulação clínica no âmbito dos cuidados de saúde, após a divulgação do modelo de simulação de Jeffries em 2005. Se, por um lado, a teoria inicial desenvolvida por Jeffries proporcionou uma base sólida para o desenvolvimento da SCeE, por outro lado o renomeado *NLN Jeffries Simulation Framework*, fundamentado numa literatura exaustiva, fortaleceu a importância de incluir o participante simulado e a utilização da educação baseada em simulação. Salientamos que o estudante, agente ativo do processo de aprendizagem, no atual modelo, continua como participante na operacionalização do caso clínico.

Seguidamente descreveremos os elementos essenciais que constituem a teoria de simulação de *NLN Jeffries Framework: context, background, design, educational practices, simulation experience, and outcomes* (Cowperthwait, 2020).

3.3.1 - O Contexto (*context*)

O contexto em que se desenvolve a experiência de simulação clínica assume grande importância. A experiência de SCeE pode ser aplicada em vários contextos, nomeadamente

como método avaliativo de um determinado desempenho ou com um propósito de conduzir para a satisfação de objetivos previamente definidos. O contexto da simulação clínica pode ser expandido no meio acadêmico, no desenvolvimento das práticas de uma determinada área de especialidade, no local onde decorre a ação ou no laboratório equipado com simuladores de diferentes níveis de fidelidade (Jeffries et al., 2015; 2022). Nesse sentido, o contexto abrange dados sobre o início da prática, ou seja, fatores contextuais para o desenvolvimento da SCeE e as circunstâncias em que o cenário se desenvolve, integrando um ponto de partida para projetar uma prática simulada (Jeffries et al., 2015; 2022).

Ao identificar o contexto, torna-se essencial analisar o histórico na premissa de identificar as expectativas dos estudantes, as perspectivas de aprendizagem, as experiências sobre o fenómeno em simulação e fortalecer a importância da educação na SC, formando uma conceção estrutural para a elaboração do projeto.

O contexto envolve uma experiência interativa e colaborativa, e as dinâmicas que são estabelecidas entre o facilitador e os participantes são fundamentais para o sucesso da SCeE. O conhecimento do contexto permite preparar a experiência com estratégias pedagógicas e otimizar o sucesso da SCeE. Assim sendo, a elaboração de um *prebriefing* e a partilha de dicas, fornecidas pelo mediador educativo durante a progressão da prática de SC, mobilizam maior envolvimento dos participantes (Cowperthwait, 2020; Jeffries et al., 2015; 2022).

A inclusão de participantes simulados, como são os exemplos dos pacientes, familiares, espetadores perturbados e profissionais de saúde, na prática simulada representa uma mais-valia para o realismo da experiência, principalmente quando o objetivo da educação na SCeE pretende desenvolver competências e habilidades como a empatia, a comunicação, a interação social, entre outros, áreas importantes e complementares à competência instrumental e técnica.

3.3.2 - O *Background*

Constitui uma fase importante para o desenvolvido da SCeE e para o sucesso dos resultados da aprendizagem. O *background* permite identificar as expectativas e os objetivos delineados no contexto da SCeE com influência direta no desenvolvimento do projeto de simulação. O referencial teórico, para a fundamentação dos conceitos na

experiência, permite que o currículo seja desenvolvido de uma forma mais ampla e criativa. Também é necessário operacionalizar alguns recursos essenciais como equipamentos, tempo, metodologias e, principalmente, a forma como esses recursos são alocados (Jeffries et al., 2015; 2022).

Para elaborar um planejamento de uma simulação, convergimos para a identificação das metas devidamente enquadradas num mapa curricular, com a utilização de recursos específicos (tempo, equipamentos, meios) bem definidos, principalmente se a experiência da simulação envolver participantes simulados. Acerca do planejamento da simulação Cowperthwait (2020) refere que *“The simulation should not be implemented as an educational experience of last resort without significant planning”* (p. 14).

O sucesso de uma educação baseada na simulação é muito mais do que a utilização de simuladores e de robótica, uma vez que envolve um contexto mais abrangente. O sucesso obtém-se com planejamento, preparação específica e diretrizes claras para todos os intervenientes, nomeadamente os facilitadores, os educadores da prática simulada e os participantes simulados (Martins et al., 2012; Oliveira et al., 2014).

O planejamento inclui a preparação do ambiente e a construção de cenários, nomeadamente os objetivos de aprendizagem bem definidos, a descrição de todas as etapas do cenário desenvolvido, a representação de papéis e o plano de discussão do *debriefing* (Martins et al., 2018). A construção de um cenário de simulação deve ser adequada às necessidades de aprendizagem do estudante (habilidades, comportamentos, trabalho em equipa). Neste contexto, como nos documenta Martins et al. (2018), revela-se fundamental a discussão de objetivos durante o *briefing*, criando condições para uma participação ativa do estudante no processo de simulação, ou seja, integrá-lo como membro ativo. Martins et al. (2018) referem, ainda, que *“The scenario should include a focus on decision-making and teamworking, as well as the Knowledge and clinical skills required to manage the situation”* (p. 12).

Contudo, atualmente, os processos de preparação dos cenários para a SCeE são elaborados por especialistas, sem o contributo do estudante, ou seja, a intervenção do estudante parece estar circunscrita à interação estabelecida na experiência da simulação e na reflexão sobre os resultados na fase do *debriefing*.

Embora a definição de objetivos possa ser condicionada pelo nível de fidelidade dos simuladores (baixa fidelidade centrada nos objetivos do conhecimento e habilidades

psicomotoras; média fidelidade nos conhecimentos e técnicas mais complexas; na alta fidelidade nas habilidades da comunicação, julgamento clínico, trabalho de equipe e liderança de processos), torna-se fundamental que essa experiência de aprendizagem responda às expectativas do estudante e que proporcione uma aprendizagem significativa (Adamson, 2015). O realismo das práticas, com simuladores adequados e com nível de fidelidade aferida à experiência de simulação, torna-se significativo quando conduz a uma experiência de aprendizagem que transporta para o contexto real, incentivando práticas proativas e com maior satisfação nos estudantes.

3.3.3 - O Projeto (*design*)

O levantamento das necessidades é um elemento importante para desenvolver um programa de SCoE baseada na vivência prática e no diagnóstico *in loco* para a construção de cenários. Identificar casos baseados em experiências reais e fomentar a envolvimento dos participantes na construção desses cenários, por um lado, auxilia na elaboração desses casos clínicos baseados na realidade e de complexidade experienciada e, por outro lado, propicia uma melhor adesão do estudante num caso real, contribuindo para a construção de um conhecimento mais significativo (Haerling & Rodgers, 2022; Kaneko & Lopes, 2019).

Atendendo ao objeto que se pretende desenvolver na SCoE, torna-se fundamental criar elementos específicos de orientação que, simultaneamente, possam ser alterados durante a execução do projeto, no sentido de promover o maior desempenho e produtividade na aprendizagem do estudante. O projeto de simulação clínica deve conter a descrição dos objetivos específicos de aprendizagem, a seleção das atividades a serem desenvolvidas e a resolução dos problemas identificados no cenário.

O projeto de simulação também deve conter a descrição dos elementos físicos (equipamentos), a identificação e o grau de fidelidade dos equipamentos, o papel do facilitador na prática da simulação, as funções do participante e do observador, o nível de progressão das atividades a serem desenvolvidas e as estratégias de *briefing* e do *debriefing* estabelecidas, constituindo elementos estruturantes e alvo de atenção no projeto de SCoE (Cowperthwait, 2020).

Na elaboração do projeto de simulação os objetivos deverão ser mensuráveis ao nível do desempenho do estudante e gerais para os propósitos organizacionais, ou seja, existe uma

preocupação em afirmar uma componente diretiva e fundamentada na organização institucional no processo de SC, que formaliza que o estudante/participante não seja envolvido nessa construção (Haerling & Rodgers, 2022; Kaneko & Lopes, 2019).

Se, por um lado, é importante elencar objetivos que criem uma linha orientadora para o desenvolvimento dos cenários simulados, por outro lado integrar os objetivos individuais dos estudantes constitui uma meta essencial para o empoderamento no processo de SCeE. A inclusão dos objetivos individuais no projeto de SCeE não é criada para direcionar a solução do cenário, mas, sim, para potencializar o raciocínio e a tomada de decisão clínica, atendendo a que haverá uma estreita articulação entre o mediador e o estudante na elaboração desses objetivos. Quando a evidencia científica recomenda que os objetivos devem ser disponibilizados e discutidos com os participantes antes da implementação do cenário, significa que a elaboração do projeto da SCeE não promoveu uma envolvimento ativo dos participantes (Kaneko & Lopes, 2019).

O projeto inclui os objetivos específicos que orientam o desenvolvimento da SC, assim como a seleção das atividades adequadas à resolução de cenários. Os elementos sobre o nível de fidelidade física e conceitual, incluindo decisões sobre os equipamentos a serem utilizados, e as respostas apropriadas e predeterminadas pelo facilitador para as intervenções dos participantes (conceituais) são delineadas no projeto da SCeE. O papel que desempenha o participante e o observador (videografia será ou não usada), nomeadamente ao nível da progressão das atividades e das estratégias de *briefing* e *debriefing*, é estabelecido como parte integrante do projeto da SCeE. Tal como recomenda a INACSL (*International Nursing Association of Clinical and Simulation Learning*) e a teoria de NLN Jeffries (2015; 2022), a definição de objetivos no projeto de SCeE assume-se como o foco central da prática simulada.

Hoje, o desenvolvimento do conhecimento e as tecnologias ao serviço do conhecimento proliferam, proporcionando novas formas de transferência de saberes na procura de uma postura pró-ativa nos intervenientes do processo de aprendizagem, que apropriados pelas interações histórico culturais permanecem atualizados e mobilizam os seus conhecimentos para os contextos da prática (Jonassen, 2000; Vigotsky, 1991). A experiência da SCeE constitui, assim, uma estratégia de ensino e aprendizagem com o propósito de replicar situações concretas de um contexto clínico e proporcionar aos aprendizes respostas convergentes com o contexto real, permitindo a reconstrução de “saberes” (Martins et al., 2012).

Todas as fases do desenho da SCeE são importantes, no entanto o *briefing* e o *debriefing* são considerados componentes centrais da estratégia de aprendizagem, promovendo o desenvolvimento do valor psicossocial, cognitivo e efetivo (Bortolato-Major et al., 2019):

- a) A nível psicossocial: aumenta a autoconfiança, desenvolve competências de liderança, potencia o trabalho de equipa, promove autorrealização, desenvolve a relação de ajuda, promove a autoconsciência das suas próprias emoções, promove um envolvimento, melhora a capacidade de gerir emoções, aumenta a autoconfiança e promove uma relação genuína entre o aprendiz e mediador da aprendizagem.
- b) A nível cognitivo: estrutura o pensamento, promove melhor aprendizagem, focaliza os aspetos mais relevantes, promove a reflexão sobre as competências, identifica níveis de prioridade, dignifica recursos de forma mais eficiente, aprofunda conhecimentos específicos, identifica focos de melhoria e desenvolve competências na tomada de decisão.
- c) A nível afetivo: promove a autoconfiança, canaliza os erros com foco de melhoria, estimula uma participação assídua, promove o respeito e a compreensão no processo de aprendizagem, liberta o raciocínio para a expressão de novas ideias e discussão de novos pontos de vista.

As experiências de simulação bem-sucedidas ocorrem quando os objetivos delineados são alcançados com significado e os participantes se assumem como o foco central da experiência, em consonância com as oportunidades de aprendizagem. (Cowperthwait, 2020). Neste sentido, torna-se fundamental, para os estudantes com menos experiências nas práticas simuladas, uma preparação de toda a envolvência ambiental, ou seja, um *prebriefing*, no sentido de permitir ao estudante expor todas as suas incertezas, dúvidas, receios e medos.

O envolvimento de todos os participantes no processo de simulação pode ser condicionado pela convergência de características pessoais e sociais promotoras de um envolvimento autêntico e fidedigno (participante, participante simulado, facilitador/mediador da aprendizagem) que deverá conduzir a uma experiência de aprendizagem desejada. Como nos refere Cowperthwait (2020) “*Investing in activities that engage participants and promote full immersion maximizes learning outcomes*” (p. 15). A inclusão da pessoa no ambiente de aprendizagem em SCeE exige uma atenção redobrada, dado que os praticantes deverão embeber de um determinado nível de representação e, nesse sentido, é

fundamental uma padronização individual e em equipe, assegurando a capacidade dos participantes permanecerem fiéis e consistentes aos objetivos que são pretendidos nas experiências da prática simulada (Cowperthwait, 2020).

A construção de um projeto de simulação deve ser focada em atingir os objetivos e em otimizar os resultados esperados. Neste sentido, aquando da sua elaboração devemos considerar: os contributos dos especialistas na elaboração do conteúdo do caso clínico; a seleção de simuladores apropriados aos objetivos definidos; as práticas pedagógicas a serem aplicadas; a construção de objetivos baseados no nível de conhecimento do estudante; a utilização de vários tipos de simuladores com diferentes níveis de fidelidade (Haerling & Rodgers, 2022) e de acordo com a natureza do realismo pretendido; a organização das abordagens facilitadoras centradas nos estudantes e que impulsionem a concretização dos objetivos na obtenção de resultados; a criação de planos de *prebriefing* e *briefing* para uma orientação objetiva das experiências de simulação; a programação de momentos de reflexão na fase *debriefing*; ao desenvolvimento de experiências de testes piloto antes da implementação e a criação de planos de avaliação na experiência de simulação (INACSL Standards Committee et al., 2021c).

3.3.4 - A experiência de simulação

A prática simulada constitui hoje uma realidade no currículo do CLE, e “como estratégia de ensino para o desenvolvimento de competências tornou-se o *gold-standard* internacional na formação de estudantes, profissionais e equipas de saúde” (Schuelter et al., 2021, pp. 2).

As respostas complexas ao nível dos cuidados de saúde à população requerem profissionais com espírito colaborativo no seio interdisciplinar e com capacidade de comunicar, cooperar e partilhar os conhecimentos de forma adequada. A SCeE como estratégia pedagógica emerge como recurso e, nesse sentido, é fundamental que seja conduzida com uma base teórica estruturada, que utilize um projeto baseado em cenários reais, que identifique as barreiras à prática simulada e que promova uma avaliação apropriada para a reflexão e a metacognição, como nos recomenda a INACSL Standards Committee et al., (2021a).

A INACSL representa uma associação internacional para a SCeE, a qual tem procurado implementar as melhores práticas na área da saúde. Desenvolver as melhores práticas na SCeE requer um envolvimento de especialistas nas várias áreas interdisciplinares, requer experiências validadas por profissionais na área do conhecimento científico e alicerçadas em cenários autênticos e requer, também, uma articulação estratégica para consolidar uma aprendizagem.

O desenvolvimento da SCeE encontra, por vezes, alguns obstáculos à sua execução e, nessa ótica, é fundamental identificar possíveis barreiras e salvaguardar se o projeto de simulação é conducente com as necessidades de aprendizagem, ou seja, se a experiência de simulação é relevante para o contexto prático atual e futuro.

Identificar se os recursos utilizados na simulação são adequados, e se os objetivos da aprendizagem estão em consonância com a base do conhecimento dos estudantes, constitui uma preocupação para promover o empoderamento significativo na experiência, ou seja, direcionar o desenvolvimento de habilidades ao resultado pretendido. A reflexão sobre as experiências de simulação e a elaboração do *debriefing*, mediado por especialistas, focado na reflexão sobre a tomada de decisão e no desenvolvimento de uma cultura de comportamento de mudança face à experiência vivenciada constituem indicadores fundamentais para uma experiência de aprendizagem significativa (INACSL, Standards Committee et al., 2021a).

As vivências na prática de simulação representam momentos únicos para o estudante. A experiência, baseada em cenários reais, pressupõe uma interação ativa e colaborativa com todos os intervenientes no caso. O ambiente de confiança com a partilha de responsabilidades (entre facilitador e participante) melhora a qualidade da experiência, que se prevê que seja autêntica e surpreendente (Jeffries et al., 2015; 2022). A implementação de um cenário baseado na experiência da prática é fundamental para que os objetivos sejam concretizados e, nesse sentido, é estrutural reunir os recursos humanos, os materiais e os equipamentos necessários para proporcionar uma experiência de aprendizagem realista e autêntica.

A familiarização do ambiente antes da implementação do cenário e a identificação das potencialidades dos recursos de apoio à experiência podem ser disponibilizados por um *prebriefing*, potenciando o sucesso do caso no *briefing*, na ação e na fase da reflexão sobre a ação, ou seja, no *debriefing* (Martins et al., 2018). Salientamos que na descrição de

Martins et al., (2018) o *briefing* corresponde à exposição inicial do cenário ao estudante, com todos os detalhes, para que cumpra com o que é proposto na simulação, ou seja, o estudante tem o primeiro contato com o cenário da SCeE.

Molitero et al. (2024) descrevem no seu estudo momentos chave para a simulação clínica.

A simulação realística pode ser dividida em quatro momentos: a criação do cenário com objetivos bem definidos e viáveis; o *briefing*, momento de familiarização dos alunos com o simulador e o cenário; o cenário simulado, quando o aluno desempenha o papel de profissional de saúde, prestando atendimento ao paciente; e, por fim, o *debriefing*, que no contexto educacional baseia-se no aprendizado gerado pela reflexão dos alunos, individualmente ou em grupo, sobre o desempenho após determinada tarefa (Molitero et al., 2024, p. 2).

Salientamos na descrição de Molitero et al. (2024), a ausência de um momento para o *prebriefing*, provavelmente interiorizam o *briefing* como uma fase preparatória da SCeE.

Em relação ao *debriefing* corresponde a uma fase final da simulação e constitui uma oportunidade para a reflexão sobre a experiência de aprendizagem. Segundo Coutinho et al. (2016), a organização do *debriefing* pode ser estruturada em quatro fases essenciais: uma reunião em que os estudantes expõem toda a experiência desenvolvida na prática simulada; o reforço positivo das ações do participante, permitindo a reflexão das práticas focadas nos objetivos e sem juízos de valor; a análise de todo o processo de simulação na busca de aspetos e melhoria com ênfase na discussão de estratégias de correção para ações futuras e a síntese que engloba o reforço da aprendizagem significativa; e o reforço da aprendizagem desenvolvida com a elaboração de um plano de ação para atualização dos conhecimentos.

Assim, a experiência da SCeE estimula a satisfação dos estudantes nos seus processos, na medida em que está associada a um maior envolvimento no processo de aprendizagem (Batista et al., 2014a; Martins et al., 2014), ou seja, ninguém aprende sozinho e a aprendizagem acontece de um modo colaborativo (mediado), em que a pedagogia deve integrar estratégias inovadoras para o ensino prático (voltado para a ação) e a simulação como ferramenta na educação e no atual contexto moderno de cuidados de saúde (Martins et al., 2012; Oliveira et al., 2014).

Através da simulação o estudante experiencia uma série de cenários concretos, idealizados a partir dos contextos reais, permitindo-lhe o treino de técnicas e procedimentos básicos e complexos em diferentes áreas.

A SCeE é, assim, entendida como uma estratégia que possibilita o desenvolvimento do pensamento crítico, a capacidade de avaliação e a decisão clínica, que serão exigidos na prática assistencial (Martins et al., 2012; Oliveira et al., 2014), ou seja, *“simulation has a positive impacto on students, educators, and the individuals, groups and communities they care for, as well as on education and health organizations”* (Martins et al., 2018, p.1).

Perante as políticas atuais de saúde e as exigências da sociedade, o enfermeiro deve ter a capacidade de reconhecer a existência de problemas, de saber pesquisar evidências que fundamentem a sua observação/análise, de planejar intervenções com vista à sua resolução e que ao refletir sobre todo o processo faça uma avaliação da situação com vista a adoção, ou não, de medidas alternativas. Desta forma, o enfermeiro deve ser detentor de habilidades de pensamento crítico e de decisão fundamentada, que lhe permita prestar cuidados em situações complexas com ganhos visíveis em saúde (Baptista, et al., 2014c p. 74).

A simulação é muito mais do que o uso de simuladores, envolve um contexto abrangente com professores, estudantes, profissionais, participantes simulados, assim como outros profissionais de várias áreas do conhecimento. Na questão dos participantes simulados, salientamos a missão de fortalecer a robustez dos participantes com a descrição detalhada das características das personagens e a sua função, promovendo a padronização da equipa, objetivando um envolvimento estável de todos os participantes no processo de SCeE. O facto é quando a simulação é planeada com antecedência e os objetivos correlacionados com a experiência e a expectativa do participante, aumentamos a probabilidade de promover uma aprendizagem criativa e significativa (Martins et al., 2012; Oliveira et al., 2014; Cowperthwait, 2020).

Martins et al. (2018) afirmam que *“health professionals’ education and training institutions should use simulation methods (...) of contextually appropriate fidelity levels in the education of health professionals”* (p.1). É possível que os estudantes de enfermagem

no ambiente clínico desenvolvam habilidades técnicas e instrumentais, com intervenções seguras, oportunas e baseadas na evidência, sem serem interrompidos e com margem para identificarem o erro clínico, sem comprometer a segurança dos pacientes. Os procedimentos técnicos com forte probabilidade de atingir a integridade da pessoa (procedimentos invasivos) devem ser primeiro praticados na SCeE, garantindo, assim, o respeito dos direitos humanos, a proteção da dignidade da pessoa e a qualidade dos cuidados de enfermagem (Martins et al., 2018).

3.3.5 - O Participante

A teoria de NLN Jeffries Simulation Framework (Cowperthwait, 2020) elabora uma breve descrição do participante em relação à idade, ao gênero, ao nível de ansiedade, à disponibilidade para aprender, aos objetivos que pretende desenvolver, o nível de preparação para a simulação, o nível de tolerância e autoconfiança e o nível de conhecimento cognitivo que possui. Em relação aos objetivos pessoais que o participante pretende desenvolver, parece significar um esforço para envolver o participante (estudante/aprendiz) ativamente no processo de SCeE. No entanto, não foi possível identificar a sua inclusão no planejamento do projeto da simulação, atendendo a que essa inclusão constituiria uma mais-valia para a convergência dos objetivos do estudante com os do projeto da SCeE.

Os participantes com experiências reduzidas na SCeE necessitam de informações detalhadas e mais elaboradas sobre o desenvolvimento da prática simulada, no sentido de promoverem um ambiente de partilha e de disponibilidade para exporem as suas incertezas, apropriando-o de maior fidelidade à experiência de aprendizagem (Cowperthwait, 2020).

3.3.6 - O Participante simulado

Os participantes simulados constituem elementos que permitem maior realismo à prática simulada. A SCeE opera frequentemente com simuladores de vários níveis de fidelidade, e a figura do participante simulado não constava na teoria inicial NLN Jeffries (2015), no

entanto, e no sentido de obter maior realismo ao ambiente de aprendizagem, houve a necessidade de incluir a pessoa do participante simulado na prática de simulação clínica (Cowperthwait, 2020). A figura do participante simulado na SCeE é representada por outras pessoas, nomeadamente outros pacientes, familiares dos pacientes, como participantes com algum nível de perturbação mental e/ou física e também pode haver uma representação para outros profissionais de saúde. A integração do participante simulado pretende transmitir um maior realismo e *feedback* à prática de SCeE (Cowperthwait, 2020; Moliterno et al., 2024).

No entanto, é necessária alguma preparação para o participante simulado, no sentido de garantir a padronização e o *feedback* com a qualidade desejada, em consonância com o currículo educacional formalizado, permitindo que os participantes simulados estejam devidamente preparados e interajam na SCeE de forma autêntica, realista e em consonância com os objetivos propostos (Cowperthwait, 2020).

As experiências obtidas pelos participantes simulados no ambiente da SCeE permitem, assim, uma maior consistência e riqueza nas aprendizagens, havendo frequentemente a repetição das mesmas personagens de forma sistemática. Só assim é possível melhorar a qualidade do *feedback* fornecido pelo participante simulado, que é particularmente enriquecedor, dado que abordam frequentemente as características da comunicação e a qualidade da relação terapêutica.

3.3.7 - O facilitador educacional

A experiência da simulação caracteriza-se como um ambiente de interação e dinâmica entre o facilitador (mediador da aprendizagem) e o participante (estudante/aprendiz). O conhecimento histórico cultural e a experiência que recai sobre estes indivíduos, transformam a experiência da SCeE de carácter único e autêntico. Os atributos do facilitador não estão limitados a habilidades técnicas e educacionais, mas, sim, à envolvimento de todo o processo, permitindo uma ação educativa de acordo com a progressão planeada e, simultaneamente, apropriar-se de um *feedback* contínuo para promover uma experiência de aprendizagem única, autêntica, pedagógica e geradora de novo conhecimento.

As características pedagógicas que devem perfilar um educador na SCeE assumem uma importância primordial. Devem ter experiência em comunicação, experiência na gestão de

conflitos, capacidade de escuta ativa, experiência em educação de adultos, capacidade de filtrar conflitos de interesse, flexibilidade na interação com os intervenientes e habilidade para liderar processos (Cowperthwait, 2020). Como nos referem Lewis et al. (2017) citados por Cowperthwait (2020), os educadores assumem-se como responsáveis pelo planeamento e pela execução da prática simulada, garantindo a orientação do programa e dos princípios padronizados.

Vários estudos documentam que fatores facilitadores influenciam os resultados da aprendizagem, embora também fundamentem que alguns dados demográficos, como a personalidade, a competência, o relacionamento interpessoal, as habilidades tecnológicas, a atitude, as responsabilidades, os valores e a capacidade de ensino, também sejam elementos condescendentes. O papel do facilitador (professor/mediador da aprendizagem) consiste em definir e orientar o cenário, fornecer parâmetros clínicos, monitorizar o desempenho e promover a reflexão da aprendizagem no *debriefing* (Martins et al., 2018).

A familiarização do facilitador sobre o processo da SC, e sobre a educação baseada na simulação, permite que este tenha um papel ativo na mediação dos recursos pedagógicos necessários para uma experiência de aprendizagem autêntica e realista. O papel ativo do facilitador em participar ativamente em todas as fases do processo de simulação tem toda a razão de ser, no sentido de se apoderar de toda a dinâmica e canalizar os recursos mais adequados para promover a aprendizagem (Cowperthwait, 2020).

Com a inclusão dos participantes simulados na SC, sugestão da teoria NLN Jeffries Simulation Framework (Cowperthwait, 2020), criou-se também a figura do educador participante simulado. O educador participante simulado perfila-se como um indivíduo com experiência em teatro, em educação para adultos e em práticas simuladas, criando condições para gerir as expectativas, avaliar o profissionalismo, gerir conflitos de interesse, promover discussões e analisar a flexibilidade dos participantes simulados. Assim, os educadores participantes simulados deverão fazer parte da equipa sempre que a educação baseada na simulação tenha participantes simulados, no sentido de garantir confiança, padronização e qualidade do *feedback* (Cowperthwait, 2020).

Com a teoria de NLN Jeffries (2015), as práticas de SCeE com recurso a simuladores, com diferentes graus de fidelidade, representam um desafio para obter uma experiência de aprendizagem única, real e autêntica. A sugestão de Cowperthwait (2020) com a inclusão dos participantes simulados (pacientes, familiares, outros profissionais de saúde e utentes

com algum grau de perturbação) se, por um lado, permitiu aumentar a realidade experienciada no ambiente de aprendizagem, por outro lado há que ter em atenção que a integração dos participantes simulados (família, paciente, pessoa significativa) requer um trabalho preparatório exigente ao nível da educação, com o objetivo de instruir um comportamento desejado junto dos participantes simulados, retratando fielmente a interação da simulação como um verdadeiro encontro clínico.

3.3.8 - Os resultados

Os resultados na SCoE permitem uma análise exaustiva das aprendizagens adquiridas e dos ganhos obtidos. A avaliação dos resultados constitui um processo duplo, ou seja, os resultados nos estudantes e no processo de simulação (WHO, 2016). No modelo de simulação clínica desenvolvido por Jeffries et al. (2015) os resultados podem ser obtidos em três referências essenciais: ao nível dos participantes, na pessoa alvo de cuidados (recetor) e nos resultados do sistema implementado. Salientamos a inclusão dos resultados no participante simulado, sugerido na NLN Jeffries Simulation Framework (Cowperthwait, 2020). A monitorização dos resultados na SCoE é fundamental e procura nos participantes uma maior satisfação, autoconfiança, mudança de comportamento e atualização de habilidades e técnicas. No entanto, também é importante identificar os resultados nos utentes que são alvo do processo de simulação, assim como na estrutura organizacional ou sistema de simulação (custos e mudanças das práticas) (Jeffries et al., 2015; 2022).

3.4 – Uma experiência de simulação clínica com estudantes de enfermagem

A simulação como método pedagógico vem conquistado espaço. Muitos são os estudos que têm sido desenvolvidos sobre o impacto da SCoE no processo da aprendizagem e no desenvolvimento de competências. A revisão integrativa desenvolvida por Oliveira et al. (2014), incluiu cerca de 54 artigos e, segundo os autores, emergiu a importância da simulação no ensino da enfermagem para a evolução do conhecimento e da habilidade técnica e humana.

O crescimento do conhecimento desenvolvido para o cuidar holístico, no percurso da aprendizagem de cada um, é vasto e complexo. No entanto, com a evolução formativa e com a necessidade de uma resposta afirmativa aos ecos da prática, a aprendizagem para cuidar da pessoa emerge naturalmente.

Atualmente, nos laboratórios de SC a presença de simuladores de alta-fidelidade cria condições para uma aprendizagem significativa (Martins, et al., 2012). Assim, os estudantes do CLE na UMa no âmbito do protocolo interinstitucional entre a Universidade e o CSC da RAM (Freitas et al., 2016) podem, no decorrer da Unidade Curricular “cuidar da pessoa em situação crítica”, desenvolver as suas práticas simuladas em laboratório de alta-fidelidade. Esta experiência constitui uma mais-valia, atendendo a que se proporciona aos estudantes um momento prévio à sua experiência em contexto clínico, salvaguardando o conforto e a segurança dos utentes nos respetivos contextos reais, na prestação de cuidados de enfermagem pelos estudantes (Freitas et al., 2016). Num estudo desenvolvido por Freitas et al. (2016) o ambiente de simulação clínica apresentado aos estudantes de enfermagem da UMa objetivou, sobretudo, avaliar a satisfação dos estudantes com a simulação e com o *debriefing*, concluindo que os estudantes manifestaram satisfação com a experiência de simulação clínica, assim como com o *debriefing*.

A satisfação assume-se claramente como um indicador significativo, na medida em que está associado a um maior envolvimento no processo e maior motivação para a aprendizagem (Martins et al., 2014). Na realidade, as práticas pedagógicas inovadoras estimulam a satisfação (Fonseca, 2021) dos estudantes, nomeadamente as que envolvem a utilização de tecnologias da informação e comunicação (Jonassen, 2000).

A SCeE com simuladores de alta-fidelidade promove o desenvolvimento da aprendizagem significativa. No entanto, apesar da maioria dos estudos documentar níveis altos de satisfação e de eficácia na simulação, muitos outros não encontram benefícios no seu uso, nomeadamente quando comparada com outras estratégias de ensino-aprendizagem ou mesmo entre si (simulação de baixa, média e alta-fidelidade) (Batista et al., 2014a).

Assim, é fundamental proporcionar aos estudantes do CLE um momento prévio à sua primeira experiência em contexto clínico (1º estágio), práticas simuladas com SiAF, com os objetivos de (Freitas et al., 2016): melhorar os níveis de desempenho e o seu sucesso no final das práticas clínicas; aumentar a segurança dos doentes e garantir o melhor resultado

clínico; desenvolver competências psicomotoras e capacidades individuais e coletivas e diminuir o hiato entre os conteúdos teóricos e a sua aplicabilidade prática.

Na estruturação da simulação operada no CSC da RAM e no contexto laboratorial da ESS, de um modo geral, deixam transparecer semelhanças a algumas das etapas preconizadas para a elaboração de cenários no âmbito da SCeE (Martins et al., 2014), nomeadamente pelo comité *International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning* (INACSL, 2016b; Kaneko & Lopes, 2019).

Em relação à simulação clínica com SiAF, desenvolvida com os estudantes de enfermagem da ESS da RAM, esta foi estruturada em várias fases:

Fase 1 - Reunião entre os professores e os enfermeiros do centro de simulação para elaboração do plano de simulação;

Fase 2 - Seleção dos cenários realistas, completos, com dificuldade crescente, adequados à etapa de desenvolvimento dos estudantes, preparação das salas e dos simuladores;

Fase 3 - *workshop* com duração total de 6 horas de formação teórica, sendo distribuídas para cada aula temática uma duração de 120 minutos; as temáticas foram “cuidar a pessoa adulta com Acidente Vascular Cerebral”, “cuidar a pessoa adulta no pós-operatório de uma gastrectomia” e “cuidar a pessoa adulta com asma”;

Fase 4 - Os estudantes são informados quanto aos objetivos e experiência de simulação a desenvolver;

Fase 5 - Os estudantes desenvolvem a prática simulada em equipa de dois elementos e sob observação do professor quanto ao seu desempenho e em relação ao trabalho em equipa, à liderança, à comunicação e à tomada de decisão;

Fase 6 - *Debriefing*, após cada cenário, com a duração aproximada de 30 minutos, abrindo-se um espaço para que o estudante faça a sua autoavaliação e o professor e enfermeiro colaborador orientem sobre as ações possíveis de melhoramento, nomeadamente: a apreciação geral do desempenho da experiência clínica simulada; o balanço relativo às intervenções corretamente desenvolvidas e reforço positivo; o balanço relativo às intervenções incorretas e os pontos chave relativos à experiência clínica simulada.

Fase 7 - Avaliação da prática pedagógica pelos estudantes, nomeadamente quanto à sua satisfação com a experiência simulada (dimensão prática, dimensão realismo e dimensão cognitiva) e quanto ao *debriefing* (valor psicossocial, valor cognitivo e valor afetivo);

Fase 8 - Reunião final dos parceiros para aferição de papéis.

A avaliação da satisfação foi realizada recorrendo à Escala de Satisfação dos Estudantes de Enfermagem com as Experiências Simuladas (ESECS) e a satisfação dos estudantes com o *debriefing* através da Escala de Avaliação do *debriefing* Associado à Simulação (EADaS), ambas validadas para a população portuguesa (Freitas et al., 2016).

A avaliação da satisfação representa um indicador e permite que o aprendiz crie os seus próprios objetivos, capacitando-o para uma prática reflexiva e geradora de novas oportunidades e de novas competências, fruto do pensamento crítico (Jonassen, 2000).

Propor aos estudantes/aprendizes a autonomia para definirem os seus próprios objetivos, poderá constituir uma estratégia construtiva que promove um pensamento reflexivo, crítico e criativo, ou seja, estimula uma prática reflexiva e promotora de uma aprendizagem personalizada, criando o desenvolvimento de janelas de aprendizagem (Jonassen, 2000; Vigotsky, 1991).

A SCeE, como ambiente de aprendizagem emergente, poderá afirmar-se como um espaço privilegiado para explorar os processos de aprendizagem, em cenários reais, com o uso da robótica, e com a orientação de um mediador de aprendizagem, potenciando o desenvolvimento e o crescimento de novos saberes.

O ambiente de aprendizagem da SCeE, desenvolvido com os estudantes do curso de licenciatura em Enfermagem, representa uma oportunidade para fomentar um processo de aprendizagem contínuo, mais proativo e mobilizador.

A fase do planeamento da SCeE, **fase 1 e 2**, é operacionalizada com uma reunião entre a equipa, o professor e os enfermeiros da prática com experiência no CSC com SiAF, no sentido de elaborar um plano adequado ao desenvolvimento profissional dos estudantes, nomeadamente, a seleção de cenários realistas, criando condições para a participação ativa do professor/mediador no processo de planeamento da atividade que promovesse o desenvolvimento de capacidades cognitivas (Jonassen, 2000; Vygotsky, 1991).

A aprendizagem desenvolvida no CSC de alta-fidelidade assume-se fundamentalmente como intencional, organizada e estruturada, onde a instituição de ensino organizou e geriu a estratégia de ensino-aprendizagem (Fonseca, 2021). Embora com um currículo pré-determinado, os fenómenos em estudo transformaram-se num cenário, integrado na vida real da prática de cuidados, procurando cativar o estudante na ação, nomeadamente a encontrar soluções para os problemas (Martins et al., 2014). Porém, não é identificado o

envolvimento dos estudantes na fase do planeamento da simulação, o que exige um maior empenho na adequação de cenários às necessidades (INACSL, 2016; Kaneko & Lopes, 2019), procurando estimular a metacognição (competência no âmbito das capacidades) e a centralidade no processo de autoaprendizagem (Fonseca, 2021).

3.4.1 - O *Workshop*

O *workshop* **fase 3** é descrito como um momento de formação teórica sobre os cenários que serão desenvolvidos, ou seja, o professor/orientador seleciona as temáticas específicas alvo de uma simulação clínica e cria a oportunidade dos estudantes reverem e analisarem criticamente conhecimentos já ministrados. Não obstante da oportunidade de proporcionar orientações sobre o ambiente simulado e os recursos existentes, julgamos fundamental os estudantes exporem as suas expectativas e as suas experiências vividas nos contextos da prática e recriarem casos baseados nessas experiências alvo de experiência de aprendizagem na simulação clínica (INACSL, 2016; Kaneko & Lopes, 2019). Esta fase revela-se fundamental para o desenvolvimento do cenário, atendendo a que se criam ambientes interativos e promotores de uma relação de confiança, condição essencial para a obtenção de melhores resultados.

3.4.2 - Os objetivos

Os estudantes são informados na **fase 4** em relação aos objetivos e à experiência de simulação a desenvolver. Nesta fase, reserva-se um espaço importante para a apresentação do cenário, conhecido como o *briefing*, que permite a descrição pormenorizada de todas as etapas em que o cenário se irá desenvolver, associado a um ambiente de confiança e de engajamento na experiência de simulação. Por outro lado, é fundamental que o mediador da aprendizagem incentive a autonomia dos estudantes na elaboração dos objetivos e no projeto da simulação (Fonseca, 2021), criando a oportunidade para que estes definam os seus próprios objetivos pessoais e antecipem possíveis resultados, não só através do pensamento reflexivo e crítico, mas também criativo (Jonassen, 2000; Vygotsky, 1991), estimulando uma prática reflexiva e capacitando-os a posicionarem-se criticamente, incentivando-os a argumentarem e a expressarem as suas ideias.

3.4.3 - Desenvolvimento do cenário

Os estudantes desenvolvem a experiência de simulação em equipa (dois estudantes por equipa) sob a observação do mediador da aprendizagem, na **fase 5**. O cenário de simulação apresentado aos estudantes, sobre um caso clínico na área científica em Enfermagem, permite que os estudantes utilizem como ferramenta metodológica o processo de enfermagem, ou seja, a avaliação, o diagnóstico, o planeamento da intervenção, a intervenção, a avaliação dos resultados, e a elaboração dos registos, ferramenta de trabalho habitualmente experienciada pelos estudantes aquando do desenvolvimento das aulas teóricas, teórico práticas e práticas laboratoriais. Neste sentido, a experiência e o conhecimento prévio promovem a motivação, uma atitude proativa, envolvimento e satisfação (Martins et al., 2012). No desenvolvimento do cenário, o estudante é confrontado com a necessidade de resolver problemas e, nesse sentido, a implementação do processo de enfermagem poderá estimular o seu espírito crítico e a sua capacidade criativa na procura das resoluções, emergindo saberes, ainda não validados ou não conscientizados (Jonassen, 2000).

3.4.4 - O *Debriefing*

O *debriefing* (**fase 6**, surge como um espaço para o estudante analisar a sua prestação e o professor orientador reformular as ações possíveis de melhoramento, ou seja, avaliar o desempenho do estudante na prática simulada. Efetivamente, este é um critério de boas práticas na simulação (Bortolato-Major et al., 2019; Moliterno et al., 2024), no entanto é fundamental criar também a oportunidade para os estudantes identificarem as suas principais aprendizagens, fatores facilitadores, dificuldades e estratégias que utilizaram para as ultrapassar, partilharem os seus pensamentos, sentimentos, incertezas e limitações na sua capacidade de agir e, assim, aprenderem com as suas experiências e com as dos seus pares (Bortolato-Major et al., 2019). Deste modo, o professor promoveria um clima harmonioso, afetivo e de confiança mútua, facilitando o pensamento reflexivo, crítico e criativo dos estudantes, evidenciando-se a relação entre a emoção e a razão própria da aprendizagem humana (Vygotsky, 1991).

O *debriefing* é considerado um aspeto crítico da simulação, quer seja em contexto de formação graduada, quer mesmo em contexto de formação pós-graduada. É um processo pelo qual a equipa pode (re)examinar a simulação clínica para promover o raciocínio clínico, pensamento crítico, capacidade de julgamento e comunicação por meio de processo de aprendizagem reflexiva (Coutinho et al., 2014, p.161).

O desenvolvimento das aulas teóricas, teórico-práticas, práticas laboratoriais e do *workshop* enfatiza a criação de uma história prévia à simulação, podendo estimular, aquando da simulação em si, a construção de novos conhecimentos baseados nos conhecimentos prévios do próprio estudante (Jonassen, 2000; Vygotsky, 1991) que, por sua vez, quando analisados e refletidos no *debriefing*, poderão conduzir a novos conhecimentos, levando à aprendizagem com a sua própria experiência (Vygotsky, 1991). Cria-se, assim, espaço para o estudante manifestar criticamente o seu ponto de vista e construir livremente o seu processo de aprendizagem.

Se o *debriefing*, por um lado, se assume como uma atividade complexa, por outro lado é fundamental para a construção de um conhecimento autodirigido (Martins, 2014). O *debriefing* surge como um espaço em que o estudante exerce a sua capacidade crítica e reflexiva, em consonância com o mediador da aprendizagem que exerce o poder de orientar para um melhor desempenho, tendo como referência os objetivos inicialmente delineados por ele. O *debriefing* constitui um momento de boas práticas no processo educativo da simulação. No entanto, julgamos constituir um momento de aprendizagem para criar a oportunidade de os estudantes identificarem os seus principais conhecimentos, fatores facilitadores da aprendizagem, dificuldades e estratégias que utilizam, partilharem os seus sentimentos, incertezas e limitações na sua capacidade de agir e assim aprenderem com as suas experiências (Bortolato-Major et al., 2019; Moliterno et al., 2024).

O espaço de *debriefing* proporciona, também, uma interação das experiências vividas pelos intervenientes do processo de simulação, atendendo a que permite o desenvolvimento de uma comunicação plural, de partilha de reflexões e conhecimentos, fomentando um importante comportamento social da aprendizagem vivenciada no contexto (Correia, 2011).

3.4.5 - A avaliação

A avaliação da prática pedagógica pelos estudantes (**Fase 7**), equipa professor e enfermeiros da prática (**Fase 8**) é um critério de boas práticas em simulação (Kaneko & Lopes, 2019) e pode evidenciar que o professor estimulou e valorizou a opinião dos estudantes e dos parceiros para a melhoria contínua do processo de ensino-aprendizagem.

Vários autores referem a importância de avaliar, não só a satisfação dos estudantes com a simulação e com o *debriefing*, mas também o desenvolvimento das competências clínicas, promovidas através de um exame clínico objetivamente estruturado (Batista et al., 2014b; Kaneko & Lopes, 2019), assim como o pensamento crítico. No entanto, o pensamento crítico é de difícil avaliação pelo que as Escolas devem adotar métodos adequados para avaliar as habilidades de pensamento crítico, com recurso a instrumentos adequados à população em estudo.

A aprendizagem resultante da simulação é útil, não só para o desenvolvimento académico do estudante, mas, sobretudo, para a aquisição de competências científicas, técnicas e humanas para a prestação de cuidados éticos, seguros e de qualidade (Martins et al., 2012; Bortolato-Major et al., 2019).

3.5 - O papel do estudante na simulação clínica em Enfermagem

Como já nos referiu Correia (2011), um processo de construção do conhecimento é baseado nas próprias perceções que o estudante tem do mundo e a simulação clínica, como ambiente previamente delineado e conceptualizado em incitar o estudante para atingir determinados objetivos (Tyler, 1949), constitui um desafio atual na construção de uma aprendizagem significativa.

Hoje muitas questões poderão ser colocadas em relação ao desenvolvimento da SCEE, sobretudo, ao nível do empoderamento e da aprendizagem desenvolvida. Será que a simulação clínica privilegia o estudante e a sua experiência de aprendizagem? Será que a simulação clínica ainda se desenvolve numa prática suportada no paradigma “fabril”?

À luz de uma era pós-moderna, urge evocar a emergente necessidade de uma aprendizagem centralizada em cada estudante, ou seja, que o estudante seja envolvido em

todas as fases do processo de construção da aprendizagem. A identidade individual de cada estudante no ambiente de SCeE constitui uma meta fundamental para o desenvolvimento de uma aprendizagem significativa. Ainda assim, o currículo parece instituir a ideia de que os distintos elementos no processo de aprendizagem deveriam incorporar a disciplina (no sentido de coerência estrutural) e a ordem (no sentido de sequência interna), para ser seguida e concluída, exercendo, assim, uma forte influência no desenvolvimento do ensino e da aprendizagem (Hamilton, 1993).

Se na SCeE a plena reprodução e transmissão diretiva de conteúdos expositivos e explícitos poderá habilitar os estudantes a desenvolverem competências profissionais, por outro lado poderá também condicionar a autonomia dos estudantes na resolução dos seus objetivos. Parece haver uma resistência institucional em aceitar os estudantes como portadores de memórias sociais, com direito a se exprimirem e a se representarem nos processos de aprendizagem (Giroux, 1983). A inovação pedagógica pressupõe uma rutura com as práticas institucionalizadas e, nesse sentido, a tão desejada inovação embebida de espírito crítico e de criatividade, procura implementar uma cultura de ambientes de aprendizagem interativo, colocando a matética no centro dos processos dos aprendizes, mais autónomos, como proposto por Papert (Fino, 2020). Como nos refere Sousa (2018) na descrição do currículo-como-vida, o Homem deverá promover uma cultura crítica, consciente e participativa no papel que desenvolve num determinado meio (neste caso em simulação clínica), construindo várias realidades culturais alvo de múltiplas interpretações e leituras.

A mudança de uma sociedade de oprimidos para uma sociedade de iguais, e o papel da educação nesse processo de mudança, assume um desígnio estrutural no combate à conceção ingénua da pedagogia como alavanca da transformação social e política (Freire, 2013). Com a democratização da educação em Portugal, o poder de transformar e contribuir para o crescimento crítico de uma comunidade académica, mais ativa e responsável nos processos de aprendizagem, promove o empoderamento social, económico, cultural e político (Fino, 2022).

Trazer à discussão a SCeE, como ambiente de aprendizagem construtivo de saberes, constitui um objetivo intencional. A perspetiva de um currículo-como-vida poderá encontrar um espaço para promover uma aprendizagem significativa e capaz de promover o desenvolvimento das capacidades de cada estudante. Como nos enfatiza Sousa (2020), à luz da era pós-moderna, é possível também um currículo-como-vida nos ambientes de

aprendizagem de SCeE, referenciando os estudantes para o centro dos processos de aprendizagem, com expressão crítica, como agentes de mudança social, política, ambiental e cultural, ou seja, protagonistas de revolução (Freire, 2013). O facto é que nos ambientes da simulação clínica são transferidos conteúdos do professor/especialista/mediador para o estudante e, nessa perspetiva, o desenvolvimento da SCeE também pode ser entendido como um “depósito bancário”, balizado por uma temática, em que os estudantes têm o compromisso de o simular para atingir os objetivos propostos (Freire, 2013).

O estudante exerce, assim, um papel passivo no processo de aprendizagem, condicionado pelo “desenhador” do projeto de simulação, que idealiza formatar o estudante para um determinado resultado. Nesse sentido, fica condicionada a experiência de aprendizagem na transição dos processos fortalecidos e centrados na matética, ou seja, há limitações na valorização do estudante, condicionando o próprio a idealizar e a criar o seu projeto de aprendizagem, ou seja, a desenvolver o seu conhecimento (Silva, 1999).

O conhecimento é sempre conhecimento, não existe uma separação entre o ato de conhecer e aquilo que se conhece, ou seja, é “intencionado” e está sempre dirigido para alguma coisa (Freire, 2013). Na perspetiva de Freire, é a experiência dos estudantes que se torna a fonte primária dos “temas significativos” que vão constituir o “conteúdo programático” e, nessa convergência, faz todo o sentido integrar os estudantes em todas as fases do processo da SCeE, fundamentalmente na fase de projeto, criando condições para que o empoderamento se desenvolva naturalmente.

A SCeE constitui uma atividade de ação e, como estratégia pedagógica geradora de aprendizagem significativa (Bortolato-Major et al., 2019; Martins et al., 2012), promove nos estudantes a ativação de processos de pensamento superior (crítico e criativo), principalmente aquando da fase do *debriefing*.

No ambiente de aprendizagem da SCeE identifica-se o desenvolvimento de uma tarefa significativa, alicerçada num processo de ensino-aprendizagem que se desencadeia através de uma intervenção pedagógica intencional e a partir de um contexto real, promovendo o envolvimento dos estudantes. A estratégia de ensino-aprendizagem na SCeE poderá ser entendida como inovadora, atendendo a que proporciona um processo de construção do conhecimento com base nas próprias perceções e conceções que o estudante tem do mundo, objetivando o desenvolvimento da aprendizagem (Martins et al., 2012; Oliveira et al., 2014), ou seja, um contexto de aprendizagem socioconstrutivista, criativo e adaptado

aos modelos tradicionais, promovendo a autonomia e o envolvimento do estudante como agente central do processo, que promove uma comunicação plural e de partilha de reflexões.

O estudo desenvolvido por Schuelter et al. (2021), em relação às abordagens facilitadoras do desenvolvimento da gestão da simulação clínica, na atividade da ação pedagógica, identificou como limitação do participante o conhecimento sobre o conteúdo a ser simulado apenas no momento da sessão de SCeE e a informação de dados referenciais da simulação sem conhecimento prévio do estudante, assim como a apresentação dos conteúdos a serem desenvolvidos sem a envolvimento do estudante no processo metodológico.

Por outro lado, ao nível do contexto da SCeE Schuelter et al. (2021) identificaram algumas carências ao nível da descrição do cenário clínico para o objetivo pretendido e a ausência de uma descrição do caso clínico na fase do *prebriefing*. Identificaram, também, na atividade da SC a necessidade da presença prévia de um facilitador para instrução de inserção de dados no simulador, para operacionalizar a impressão de documentos para a avaliação da simulação e para a revisão de dados para análise na fase do *debriefing*. Em relação à fase do *debriefing* identificaram como limitações a utilização de métodos de registos técnicos padronizados e não compatíveis com o objetivo pretendido na simulação (Schuelter et al., 2021).

Quando se identifica ao nível da gestão educacional a SCeE como uma metodologia ativa no processo de ensino-aprendizagem, sentimos simultaneamente uma maior necessidade de reflexão sobre o nível de interação educativa entre o estudante e educador, fundamentalmente quando o educador é colocado com o responsável pela simulação e o estudante executa o que foi programado. Neste desenvolvimento parece prevalecer o modelo tradicional em que o estudante é submetido ao conteúdo transmitido, ou seja, uma orientação divergente da INACSL (2021a) que recomenda a descrição detalhada do caso com uma informação prévia e a descrição do ponto inicial do cenário.

No estudo desenvolvido por Schuelter et al. (2021), também identificaram algumas lacunas na preparação dos educadores para o planeamento e para o desenvolvimento da simulação clínica, nomeadamente na falta de formação específica.

Na maioria dos casos, a simulação clínica deveria ser planeada segundo uma sessão informativa ou pedagógica para orientação do caso, nomeadamente a realização de uma

fase de *prebriefing* ou *briefing*, no sentido de identificar o caso clínico, o desenvolvimento da simulação prática e o *debriefing*, que representa um momento de reflexão sobre a experiência vivenciada e sobre as competências a serem desenvolvidas para obter os objetivos pretendidos, proporcionando uma oportunidade para a autorreflexão e autoaprendizagem.

A arte de prestar o cuidar à pessoa exige um comportamento profissional conducente com uma prática que seja capaz de resolver os problemas e que potencie os processos de transição. O contexto clínico assume-se como um exemplo sobre a importância de promover, no seio das instituições educativas, experiências pedagógicas construtivas que sejam capazes de desenvolver competências específicas nos profissionais de cuidados gerais e especialistas, visando um atendimento mais eficiente ao nível das respostas humanas.

Desde os primórdios da civilização que a doença faz parte da vivência humana e a Enfermagem, como ciência e profissão do cuidar, sempre esteve profundamente enraizada na História. Como está documentado na cronologia da humanidade, a existência de catástrofes, guerras e epidemias, sempre colocaram grandes desafios à comunidade. Na história da Grécia existem relatos da prestação de cuidados de urgência durante os períodos das guerras dos séculos XIV e XV, contudo, os primeiros registos sobre os cuidados organizados e sistematizados surgem no princípio do século XIX com as guerras napoleónicas nos campos de batalha, associados ao cirurgião Dominique Larrey (Valente et al., 2012).

Não podemos minimizar a necessidade crescente de implementar medidas educativas e pedagógicas para aperfeiçoar o perfil técnico dos profissionais na ação preventiva e no desenvolvimento de novas competências que sejam capazes de minimizar as consequências de saúde e que otimizem uma recuperação plena do estado de saúde da pessoa alvo de cuidados.

A educação em Enfermagem tem desenvolvido ao longo dos tempos, naturalmente que a evolução surge como uma necessidade da prática, absorvendo o conhecimento da didática, da matemática e da pedagogia. Por outro lado, o ensino prático e simulado no contexto escolar é também um exemplo dessa evolução na educação em Enfermagem (Martins et al., 2012).

O recente desenvolvimento da tecnologia computadorizada na SCEE pode criar condições únicas de aprendizagem, com recurso aos novos simuladores, de vários níveis de fidelidade

(baixa, média e alta-fidelidade), cada vez mais realistas e com condições semelhantes à condição humana, permitindo ao estudante um elevado realismo e empoderamento na experiência (Martins et al., 2012).

As experiências pedagógicas desenvolvidas na SCeE constituem oportunidades para o estudante responder às necessidades emergentes na arte do cuidar bem e com qualidade, estimulando o crescimento a nível pessoal, cultural, científico, social, ético e reflexivo e capacitá-lo para uma tomada de decisão responsável e segura. A SCeE representa uma estratégia de ensino-aprendizagem que permite aos estudantes vivenciarem situações simples ou complexas em ambientes seguros antes da prática real (Bortolato-Major et al., 2019).

Todas as fases do processo da SCeE são importantes, no entanto a fase do *briefing* e do *debriefing* representam momentos centrais para refletir sobre a aprendizagem desenvolvida. Tanto a fase do *briefing* como *debriefing* assumem um papel fundamental na condução dos objetivos da aprendizagem, com vista a estimular nos estudantes um pensamento crítico, criativo e reflexivo (Jonassen, 2000). No desenvolvimento da SCeE os estudantes são incentivados a expressarem os seus sentimentos, dúvidas, incertezas, limitações, criando um ambiente de aprendizagem com as suas próprias experiências juntamente com os seus pares. O *debriefing*, conduzido de forma estruturada e centralizada no processo de aprendizagem, cria um ambiente de “bom julgamento”, onde são elevadas as características positivas, envolvidas na construção de um novo conhecimento. Nesse desenvolvimento do “bom julgamento”, o mediador da aprendizagem exerce uma atividade ativa e convida o estudante a expressar de forma espontânea o seu ponto de vista, criando espaço para um julgamento crítico e construtivo que favorece o pensamento reflexivo (Bortolato-Major et al., 2019).

Face à complexidade do processo de cuidar da pessoa, torna-se fundamental desenvolver no processo da aprendizagem uma estratégia que seja conducente com um conhecimento sólido e promotor de desenvolvimento de competências. A necessidade de formar profissionais de saúde mais capazes de canalizar recursos para resolverem problemas complexos de saúde, permitiu a atualização dos planos de estudos do CLE, nomeadamente a introdução da SCeE como uma oportunidade única para capacitar os futuros profissionais. De facto, o vasto currículo de conteúdos formativos do 1º ciclo do CLE, nutre de uma riqueza teórica e prática no desenvolvimento do conhecimento do ciclo vital,

porém a necessidade de compreender o contexto específico do doente assumia-se como uma meta a ser atingida.

A elaboração de um projeto de SCeE com conteúdos específicos para proporcionar aos aprendizes e futuros profissionais de enfermagem um ambiente interativo e construtivo, onde serão capazes de desenvolver uma prestação de cuidados qualificada e competente, converge com a necessidade de práticas para integrar equipas de enfermagem preparadas para cuidar. Ou seja, espera-se de um futuro profissional de enfermagem, detentor de desenvolvimento, que seja capaz de identificar holisticamente os problemas da pessoa e executar intervenções que visam melhorar problemas e efeitos indesejados, assim como possuir rigor técnico/científico na implementação das suas intervenções, gerir protocolos de terapêutica, ser responsável pelas decisões que toma e implementar técnicas de comunicação interpessoal com a pessoa e família alvo de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

A experiência da aprendizagem desenvolvida nos ambientes de SCeE permite criar linhas de convergência com as boas práticas profissionais. Atendendo à importância do cuidar holístico à pessoa em situação crítica, como é o exemplo do trauma, a Direção Geral da Saúde (DGS) emanou uma circular normativa com o objetivo de constituir uma diretriz base para a dinâmica do atendimento no serviço de urgência básica, médico-cirúrgica ou polivalente (DGS, 2010; Macedo et al., 2019). A recomendação do atendimento à pessoa, independentemente da sua classificação, tem como referência eixos fundamentais, nomeadamente:

Critérios de ativação da equipa do doente crítico e de trauma (sistema de triagem de Manchester) tendo em conta as funções vitais, nível de consciência e o tipo de lesão;

Existência de equipa de trauma organizada, com coordenador definido;

Registos da evolução detalhada da situação clínica;

Avaliação primária, rápida e baseada na nomenclatura ABCDE: **A (Airway)** - Via Aérea com imobilização da coluna cervical, **B (Breathing)** - Ventilação e oxigenação, **C (Circulation)** – Circulação, com controlo de hemorragia, **D (Disability)** – Disfunção Neurológica, **E (Exposure)** – Exposição, evitando a hipotermia e avaliação secundária que deverá ser realizada em menos de 1 hora, incluindo a observação sistematizada da cabeça aos pés (DGS, 2010).

Se atendermos ao plano operacional recomendado pela DGS para o cuidar da pessoa em situação crítica, identificamos que o ambiente da SCeE é capaz de responder às necessidades idealizadas para um cuidar holístico e, nesse sentido, constitui uma oportunidade para desenvolver competências altamente qualificadas nos estudantes do CLE, capacitando-os com proficiência para as respostas complexas da pessoa e família neste contexto de saúde/doença.

A experiência formativa desenvolvida na SCeE, com a perspectiva do crescimento da qualidade dessa resposta, permite identificar focos estruturais à luz do construtivismo crítico e identificar novas oportunidades de inovação pedagógica em ambiente emergente para a aprendizagem.

Ao analisar o ambiente de aprendizagem da SCeE, emerge uma base estrutural para promover uma aprendizagem construtiva. Nessa ótica, Jonassen (2000) e Brunet (1992) propõem quatro dimensões fundamentais:

A dimensão socioemocional, na qual se procurará identificar que relações socioemocionais se estabelecem no ambiente de aprendizagem;

A dimensão do controlo na ação, onde se averiguará como é que os estudantes agem no ambiente de aprendizagem;

A dimensão da interação social na aprendizagem, onde identificaremos o(s) modelo(s) de trabalho que estão presentes no ambiente de aprendizagem;

A dimensão do processo criativo, na qual se procurará os produtos que resultam no ambiente de aprendizagem.

Os objetivos descritos de forma clássica como gerais e os específicos a serem desenvolvidos na SCeE promovem nos estudantes a capacidade para desenvolverem uma experiência de aprendizagem promotora de uma interação social efetiva, permitindo práticas clínicas diversificadas e únicas e, nesse sentido, criam a oportunidade de serem geradas as “janelas de aprendizagem” consolidadas durante esse percurso de aprendizagem (Jonassen, 2000; Vigotsky, 1991). O facto é que a experiência operada no ambiente da SCeE perspectiva desenvolver competências profissionais e preconiza como objetivo que o estudante identifique focos, que responda com prontidão e antecipadamente, que diagnostique e implemente respostas apropriadas e que demonstre conhecimentos ao nível da comunicação. A concretização do objetivo proposto pelo projeto, preferencialmente elaborado em parceria com os intervenientes no processo de simulação, é selecionado

como referência a uma análise no sentido de permitir que o estudante desenvolva conhecimentos transversais e específicos, preparando-o para a futura atividade profissional.

No âmbito da dimensão do controlo na ação, reconhecemos que a aprendizagem na SCeE está intencionalmente focalizada, organizada e estruturada em consonância com o currículo académico e em convergência com a aquisição de competências, segundo os padrões de qualidade da profissão de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

A descrição de um currículo pré-definido favorece o desenvolvimento dos conteúdos programáticos, mas, por outro lado, urge a necessidade emergente de dinamizar a simulação clínica de alta-fidelidade como um espaço de debate e de reflexão sobre os objetivos delineados, individualmente ou em grupo, representando uma estratégia pedagógica basilar para promover o empoderamento do estudante na procura de soluções para a resolução de problemas (Jonassen, 2000; Martins et al., 2014). A conceção de objetivos e competências a serem desenvolvidas na SCeE necessitaria previamente de um envolvimento ativo do estudante, criando espaço para que ele planeie um cenário/experiência de aprendizagem em resposta às necessidades sentidas, assumindo um papel de agente ativo no processo de autoaprendizagem (Fonseca, 2021).

O planeamento das atividades letivas constitui momentos estruturais ao longo de um percurso académico para a construção de um conhecimento organizado. Neste âmbito, e atendendo à experiência adquirida à priori pelo estudante e às vicissitudes do processo académico fruto das experiências e reflexões no percurso da autoaprendizagem, a SCeE poderia criar condições para que possa ser desenvolvido um ambiente de aprendizagem personalizado. A construção desse ambiente de aprendizagem idealizado assume-se como uma oportunidade para criar um meio favorável, interativo e facilitador do envolvimento ativo dos intervenientes (estudantes/mediador da aprendizagem) no processo de aprendizagem (Vigotsky, 1991).

Na SCeE o pensamento criativo assume uma importância crucial na experiência da simulação a ser desenvolvida e permite que o estudante crie os seus próprios objetivos, capacitando-o para uma prática reflexiva e geradora de novas oportunidades, assim como apropriar-se de novas competências conducentes com um pensamento crítico, criativo e dinâmico (sintetizar, elaborar e imaginar). Contudo, “o pensamento criativo exige ir além do conhecimento aceite, no sentido de gerar novo conhecimento” (Jonassen, 2000, p. 42).

Os estudantes no ambiente de SCeE mobilizam todo um manancial de conhecimentos que são adquiridos ao longo do seu percurso académico e contexto socio histórico e aplicam habilidades instrumentais apreendidas mediadas pelo professor na dinamização do processo de aprendizagem. A aprendizagem em contexto de simulação procura, assim, encontrar soluções para os problemas, incutindo nos estudantes a exploração de conceitos, partilha, interação e cooperação, valorizando a importância da interação social na aprendizagem (Duman & Celik, 2012; Joanessan, 2000). Nesse sentido, o espaço do *briefing* constitui uma fase importante na SCeE e permite articular uma estratégia com os recursos necessários para criar um ambiente condizente com as expectativas individuais e as competências adquiridas, assim como novos horizontes de aprendizagem.

O ambiente de aprendizagem da SCeE constitui, de facto, um meio privilegiado para a criatividade e a reflexão do pensamento. A capacidade de formalizar um pensamento capaz de apreender o problema, investigar e formular uma alternativa de solução, constitui a base essencial de um pensamento crítico reorganizado que analisa, avalia e relaciona.

Assim, o pensamento criativo elabora, sintetiza e é capaz de resolver os problemas e tomar as melhores decisões e conceber o conhecimento atual personificado, ou seja, o reconhecimento de que o estudante constitui o centro da aprendizagem e que visa a construção de bases sólidas na dimensão do controlo na ação para desenvolver um conhecimento atual e inovador (Jonassen, 2000; Vigotsky, 1991).

Efetivamente, o desenvolvimento de um contexto de SCeE, em que o estudante é confrontado com um cenário realista, estimula prontamente o seu sentido crítico e criativo na busca de respostas cada vez mais complexas. Cria também a oportunidade de emergir saberes latentes ainda não explorados, com condições únicas para explanar a sua capacidade de imaginação (Jonassen, 2000). No entanto, o papel do mediador da aprendizagem assume uma menção importante na dimensão do controlo da ação, nomeadamente na assistência desenvolvida durante o cenário em contexto de simulação clínica, que para além de observador, prioriza e monitoriza o processo de aprendizagem na ZDP, criando ferramentas mentais mais elevadas, expandido o nível de conhecimento (Vygotsky, 1991), ou seja, a SCeE emerge como estratégia segura e controlada na procura de preparar os aprendizes para a ação real e desenvolver o conhecimento baseado na ação prática com recurso à dimensão do processo criativo.

O processo educativo operacionalizado durante a SCeE recomenda que haja uma envolvimento significativa de todos os intervenientes no processo de aprendizagem. A criação de um momento para o *debriefing* representa um momento especial para uma reflexão construtiva sobre todo o processo desenvolvido. O *debriefing*, etapa crucial do projeto da SCeE, potencia uma oportunidade para o debate e reflexão e constitui uma oportunidade para identificar as dificuldades, relatar fatores facilitadores da aprendizagem, identificar estratégias encontradas para a resolução de problemas e refletir sobre os sentimentos e incertezas vivenciadas, integrando, assim, um clima de empatia e de relação mútua, promotor de um pensamento reflexivo, criativo e crítico (Jonassen, 2000). O resultado da reflexão no *debriefing* cria assim conhecimento alvo de aprendizagem na experiência do aprendiz, fomentando a dimensão do processo criativo.

Como nos referem Bortolato-Major et al. (2019) o *debriefing* assume-se como uma atividade complexa e poderão emergir sentimentos de incerteza, próprios da subjetividade e pluralidade de cada um. A valorização de um espaço para a reflexão sobre a experiência desenvolvida na SCeE, própria do domínio de controlo da ação, revela-se como um momento na promoção de uma maior liberdade de discussão e debate ideológico, contribuindo para uma maior abrangência do conhecimento autodirigido. Com o *debriefing* cria-se a oportunidade de estabelecer uma parceria entre o mediador e o estudante em identificar a ZDP desenvolvida e, simultaneamente, identificar as potenciais janelas de aprendizagem, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade e a aquisição de novas competências com a construção progressiva do conhecimento.

A progressão das experiências de aprendizagem na ZDP, após reflexão e *feedback* das práticas desenvolvidas entre os intervenientes no processo de aprendizagem (dimensão socioemocional), assume uma relação direta e envolvente na construção do conhecimento, através de uma comunicação plural e de partilha de reflexões, validando a vertente social da aprendizagem vivenciada no contexto (Jonassen, 2000; Vigotsky, 1991), assumindo-se claramente como o momento para identificar o nível de aprendizagem e, genuinamente, os focos de melhoria em parceria com um mediador experiente ou especialista que valoriza a envolvimento ativa dos estudantes nos processos ao nível do pensamento crítico, reflexivo e criativo (Jonassen, 2000).

A avaliação do nível de aprendizagem obtida na SCeE constitui uma etapa importante para consolidar e/ou monitorizar o nível de aprendizagem adquirida. Tradicionalmente, no contexto académico, os protocolos curriculares de natureza teórico-prática e prática

laboratorial são avaliados frequentemente em dois momentos clássicos: 50% para uma frequência de avaliação escrita e 50% para uma prova prática, com a cotação de uma nota mínima de 10 valores, em cada um dos elementos. O facto é que a aprendizagem é dificilmente quantificável, atendendo à sua complexidade e aos múltiplos condicionalismos que sofre.

A SCeE tem como foco compreender o conceito e a natureza dos fenómenos e constitui um espaço de aprendizagem emergente. O papel de acompanhamento que exerce o mediador no processo deverá estar em consonância com os objetivos do estudante, atendendo a que em conjunto formalizam conceitos sobre o desenvolvimento da aprendizagem e o nível de interiorização sobre o conhecimento adquirido, contribuindo para a melhoria contínua do ensino-aprendizagem. A prática pedagógica desenvolvida na SCeE deverá, assim, ser fortalecida numa convergência ideológica (negociação) com todos os intervenientes do processo de simulação, criando uma base sólida do conhecimento desenvolvido, assim como permitir a construção de uma margem de progressão, fortalecida pela reflexão da dimensão de interação social na aprendizagem (Jonassen, 2000).

A partilha de diferentes pontos de vista sobre a experiência na SCeE, entre os intervenientes do processo, remete para uma negociação desenvolvida na fase do *briefing* e no *debriefing*, revelando um posicionamento construtivo do estudante para moldar e atualizar o seu conhecimento, como reflexo de uma aprendizagem construtiva e intencional.

As práticas desenvolvidas na experiência da SCeE assumem uma vertente educativa e em consonância com as características formais do currículo, atendendo a que direcionam as ações educativas para a concretização de objetivos definidos por um plano de estudos. No entanto, a SCeE abre também espaço à inovação pedagógica, preocupada com as necessidades educativas específicas dos estudantes, como principais interessados na construção de um conhecimento sólido e atual. Neste sentido, urge uma envolvimento mais ativa dos aprendizes na dinâmica educativa desenvolvida na SCeE e a disponibilidade para formalizarem a sua autoavaliação crítica ao longo do processo de aprendizagem, fomentando uma dimensão assertiva no controle da ação (Kincheloe, 2006b; Jonassen, 2000).

Uma reflexão sobre as práticas desenvolvidas na SCeE permite identificar o nível do conhecimento adquirido na experiência pedagógica e os focos de aprendizagem

emergentes para evoluir. A aprendizagem que resulta da SCeE cresce de uma dimensão do processo criativo, nomeadamente com o desenvolvimento de competências técnicas, humanas e científicas, conducentes com altos padrões de qualidade, criando condições para prestar à comunidade cuidados holísticos (Bortolato-Major et al., 2014).

Considerando a complexidade do contexto da alteração do estado de saúde, e as respostas da pessoa, procura-se um profissional de saúde altamente qualificado e habilitado com capacidade para mobilizar conhecimentos e habilidades em tempo útil e na dimensão holística. Para tal, é fundamental que a SCeE, como estratégia pedagógica inovadora, prepare o estudante para desenvolver competências com elevados padrões de qualidade (Regulamento n.º 190/2015, 2015; Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Um ambiente de SCeE assume-se como um veículo de crescimento e, a necessidade de uma reflexão na ação e sobre a ação, reconhece que os estudantes possuem conhecimentos prévios com potencialidades inatas. Nesta perspetiva, o mediador do processo de aprendizagem (Vigotsky, 1991), conhecedor, explora os conhecimentos, bem como as potencialidades para consolidar novas habilidades, assim como a consciencialização deste conhecimento para definir uma estratégia que potencie os seus próprios conhecimentos cognitivos, técnicos e relacionais, fomentando o tal crescimento dentro da ZDP. O desenvolvimento de novos ambientes emergentes e centralizados no estudante cria espaço para o crescimento do conhecimento e a oportunidade de vivenciar diversas experiências conducentes com maiores índices de sucesso e de baixa probabilidade do erro clínico.

Se a SCeE exerce um potencial de ação vasto nas várias áreas do saber clínico, especificamente no corpo de conhecimentos da fisiopatologia, da farmacologia, das questões ético legais, da comunicação clínica e da intervenção terapêutica, emergindo condições ímpares para uma participação ativa entre os intervenientes do processo, é possível oferecer um caminho de interiorização dos erros, corrigindo-os a partir de uma autoanálise. A autoanálise exerce uma ação de construção sólida do conhecimento, que em ambiente seguro e artificial, planeia estratégias assertivas e conducentes com o potencial desenvolvimento cognitivo, afetivo e psicomotor do estudante. (Jonassen, 2000; Oliveira et al., 2014). Assim, a SCeE afirma-se como um ambiente de aprendizagem emergente, como um espaço privilegiado para explorar todos os processos para a construção do conhecimento, em cenários reais, com o uso da robótica e com a orientação de um mediador especialista da aprendizagem.

Considerar a SCeE como um ambiente emergente e propício à aprendizagem suporta a fundamentação das quatro dimensões estruturais: a dimensão socioemocional, que analisa as relações que são estabelecidas no ambiente de aprendizagem; a dimensão do controlo da ação, que descreve como agem e se interligam os estudantes na envolvimento do ambiente emergente; a dimensão da interação social na aprendizagem, que analisa os modelos de trabalho que fundamentam a metodologia de intervenção nos ambientes emergentes e a dimensão do processo criativo, resultado do conhecimento gerado pelos saberes críticos, construtivos e criativos.

3.5.1 - A experiência educativa com simuladores de alta-fidelidade

A educação em Enfermagem tem evoluído com grande significado nos últimos anos. Se, por um lado, a disciplina e a profissão de Enfermagem têm sido suportadas por teorias capazes e mais abrangentes para atender às necessidades da comunidade que serve, por outro lado o desenvolvimento emergente de novas técnicas pedagógicas, mais eficazes e promotoras de uma aprendizagem mais significativa, também tem evoluído com destaque.

Um exemplo refere-se à conceção de ambientes de aprendizagem para a SCeE, ou seja, centros de simulação clínica dotados com tecnologia e com SiAF, criando ambientes de simulação semelhantes ao contexto real da prática de enfermagem.

Os processos educativos desenvolvidos na SCeE pelos estudantes do CLE, durante as experiências educativas no CSC com SiAF, permitiram a construção de novos saberes e fomentaram o desenvolvimento da investigação, do ensino/aprendizagem e da inovação, permitindo desenvolver o treino de competências profissionais em ambiente controlado, seguro e realista.

Nesse sentido, a parceria institucional entre a academia e o CSC da RAM criou condições aos estudantes do CLE para desenvolverem experiências de treino e de competências como meio de garantir uma prestação de cuidados de saúde humanizada, segura, baseada na evidência no seio multidisciplinar.

São várias as especialidades que podem ser exploradas na ação educativa em Enfermagem, nomeadamente a necessidade de cuidados à pessoa a experienciar processos de saúde/doença do processo: respiratório; gastrointestinal; circulatório; tegumentar;

neurológico e vivências de saúde/doença na criança. Salientamos, também, as experiências das práticas simuladas no atendimento à família e aos processos da comunidade, assim como a área da urgência/emergência intra e extra-hospitalar e o atendimento à pessoa do foro cirúrgico e paliativo.

Valorizamos a integração da SCeE como estratégia pedagógica nos currículos formativos, ao nível da Enfermagem, criando condições para uma melhor aprendizagem, treino, investigação e melhoria das competências profissionais da prática clínica.

A missão do CSC de alta-fidelidade é desenvolver atividades pedagógicas e potenciar a formação clínica e o treino de competências profissionais, contribuindo para a melhoria contínua e segurança da qualidade de cuidados. A este propósito, a SCeE desenvolvida no CSC comunga com a integração dos currículos em parceria com a formação dos enfermeiros ao nível da formação pré e pós-graduada e, nesse âmbito, tem todo o interesse as parcerias institucionais, criando condições para o desenvolvimento de uma aprendizagem significativa.

Os espaços físicos no laboratório de simulação clínica de alta-fidelidade assemelham-se aos espaços do contexto real da prática (enfermarias, salas de consulta, salas de reanimação, sala de pequena cirurgia, bloco operatório, unidade de cuidados intensivos), incluindo todos os equipamentos necessários, camas hospitalares, equipamentos de assistência técnica, equipamentos auxiliares de diagnóstico e equipamentos de monitorização. Salientamos a importância de haver áreas dedicadas às intervenções mais específicas na área da emergência, nomeadamente salas de atendimento de trauma e também uma área obstétrica.

O CSC tem uma área de cerca de 300 metros quadrados e está distribuído por:

Uma receção ampla para receber os estudantes que se disponibilizam para as experiências de SCeE;

Uma sala de reuniões, vocacionada para a apresentação de notas introdutórias sobre a orgânica e funcionamento do CSC e, se possível, poderá ser também utilizada para uma sessão inicial de *briefing*;

Uma sala para o *debriefing*, com condições necessárias para uma reflexão da SCeE desenvolvida e a análise dos resultados obtidos na experiência;

Três salas de controlo, equipadas com materiais digitais para programar dinâmicas sobre toda a operação de simulação desenvolvida nas salas de formação;

Uma sala de desinfeção, preparada com os equipamentos necessários para uma higienização assética de âmbito hospitalar e não só;

Cinco salas de formação em simulação, equipadas com simuladores de alta-fidelidade de diversas especialidades do cuidar humano como uma sala de atendimento multitrauma, uma sala de bloco operatório, uma sala de procedimentos e técnicas invasivas e uma sala de atendimento específico para a consulta e planeamento de medidas promotoras de saúde.

O laboratório disponibiliza, ainda, um espaço para os vestiários, permitindo que os estudantes possam equipar a farda adequada para a experiência de SCeE. Possui, ainda, uma arrecadação para a organização e armazenamento de material e uma copa.

Como acessório aos simuladores, o laboratório possui um *Trauma Disaster Casualty Kit* (TDCK) vocacionado para simular o fluxo sanguíneo, muco e fluídos segregados no processo de simulação. Possui também uma *Laparoscopy VR*, para abordagem dos cuidados realistas na área da pessoa alvo de uma intervenção por cirurgia laparoscópica.

Em termos de equipamentos ou simuladores, o laboratório tem disponível: o *Human Patient Simulator*; o *METImanNursing* e *METImanPrehospital*; o *PediaSIM ECS*; o *ISan 932 e 936*; *Pelvic ExamSIM*; *BabySIM*; *Laerdal Airway*; *BLUE PHANTOM – Gen II Femoral, Vessels, Nerves Ultrasound training model*; *BLUE PHANTOM – Gen II Central Line and Regional Anesthesia Ultrasound Training model*; *TRUMAN Trauma*; *Resusci Anne Simulator* e *CAE Lucina*.

O laboratório está equipado com a solução digital *learningSpace*, concetualizada para gerir o ambiente de simulação e todos os aspetos referentes ao centro de simulação clínica e utiliza o editor farmacológico que permite potenciar uma aprendizagem específica ao nível da farmacocinética e farmacodinâmica.

O CSC assume-se como um recurso fundamental para potenciar uma prática segura e sem riscos associados ao utente no contexto real. Cria condições para promover uma melhoria das habilidades técnicas e potencia o desenvolvimento de processos de saúde, assegurando uma tomada de decisão consciente e fundamentada em pressupostos científicos, além de preparar os estudantes para a resolução de problemas complexos na tomada de decisão clínica. Também permite um feedback construtivo com os intervenientes no processo de simulação, com recurso ao *debriefing* na construção de uma aprendizagem significativa.

3.6 - A COVID-19 e o processo educativo da simulação clínica em Enfermagem

A pandemia COVID-19 colocou grandes desafios a toda a população em geral e em particular à comunidade científica. É que, mesmo que as pessoas tivessem alguma dificuldade em identificar o impacto que a pandemia poderia provocar, ninguém parece dispensar os processos educacionais que se prestam quando se está numa situação de grande vulnerabilidade física e/ou mental ou quando se vivencia um processo adaptativo a uma nova realidade com implicações temporárias ou definitivas na nossa autonomia.

A política educativa que cada Estado promoveu deveria permitir a mobilização de um corpo de conhecimentos de forma a dar resposta às necessidades educativas e, simultaneamente, a busca de informação pela integração de experiências vividas a um nível superior de proficiência. Naturalmente que esse nível de proficiência terá sempre condicionalismos contextuais, mas que não podem, por si só, ofuscar ou constituir impedimento ao direito que as pessoas têm, o direito da democratização da educação, à saúde e à proteção (Assembleia da República Portuguesa, 2005; Comissão Europeia, 2020).

A educação em saúde, pela sua magnitude, assume-se, claramente, como uma estratégia à melhoria das condições de vida e de saúde das populações, capacitando-as de autonomia para utilizar as formas e os meios para preservar e melhorar a sua qualidade de vida, perante as ameaças emergentes (Oliveira & Gonçalves, 2004).

À luz da Constituição da República Portuguesa, no Artigo 15.º, o Estado deve promover o direito à educação e potenciar todos os meios formativos necessários para a igualdade de oportunidades e para superar as desigualdades, principalmente em momentos de crise e de grande vulnerabilidade (Assembleia da República Portuguesa, 2005).

A experiência educativa vivida durante a pandemia COVID-19, com o encerramento das escolas e dos laboratórios de SCeE, especificamente na área de formação dos cursos de licenciatura em Enfermagem, criou barreiras ao normal desenvolvimento dos processos educativos e da formação de seus futuros profissionais de saúde.

Apesar das necessidades de saúde despoletadas pela crise pandémica, que precisava urgentemente de novos enfermeiros para responder às necessidades da comunidade, a formação estava limitada à distância e ao contacto impessoal, divergente da natureza

formativa da enfermagem, com recurso a estratégias pedagógicas diferentes das planeadas e com a limitação dos ambientes de aprendizagem na SCeE.

A experiência vivida nesse período pandémico constituiu uma lição e, simultaneamente, um momento de reflexão sobre a natureza dos processos educativos desenvolvidos na Enfermagem. Na atual era pós-moderna, a crise pandémica por COVID-19 desafiou-nos a planear estratégias educativas e pedagógicas à nossa comunidade académica, que simultaneamente preservassem a vida humana.

3.6.1 - Uma experiência para aprender

A saúde, entendida como um direito fundamental de cidadania, artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa (Assembleia da República Portuguesa, 2005), remete-nos para uma necessidade constante de um debate prioritário e esclarecedor, no seio da sociedade e na agenda política, dos diferentes contextos e níveis de governação (World Health Organization, 2020).

O direito de acesso aos serviços e aos cuidados de saúde constituem um marco estrutural e fundamental de um Estado democrático que, no exercício pleno do direito constitucional, exerce uma resposta efetiva, coordenada, segura, eficaz, oportuna, eficiente e de qualidade, respeitando, assim, os requisitos fundamentais para a criação de uma cultura de segurança e promotora de saúde e de bem-estar (World Health Organization, 2020).

Nesse sentido, as políticas para a educação e para a saúde constituem, hoje, desafios fundamentais para munir um país organizado e preparado para enfrentar qualquer desafio emergente. Promover uma cultura de Educação, segurança, liberdade, saúde e qualidade de vida aos seus cidadãos constitui, efetivamente, uma meta inegável.

As políticas são, efetivamente, alvo de várias preocupações dos cidadãos nos dias de hoje, que revestidos de identidade, responsabilidade e respeito devem salvaguardar os Direitos Universais das pessoas inseridas nas suas comunidades. A complexidade e o desafio de decidir bem devem privilegiar o combate às desigualdades na educação, que continuam a ser ameaçadas, exigindo, por isso, respostas inovadoras e defensoras da natureza humana.

As experiências vividas no contexto educacional durante a crise pandémica do COVID-19 chamaram a atenção dos decisores políticos para a necessidade de uma intervenção

robusta, num mundo que é cada vez mais global e holístico. A saúde, como valor universal, interferiu na capacidade de resposta do sistema educativo de cada País, e Portugal e a RAM não foram exceção. A União Europeia (EU), apesar de não ter um sistema de saúde próprio, não poderia ficar alheia ao impacto que a Pandemia estava a provocar nos vários sectores da sociedade e na Educação em particular e, por conseguinte, exerceu um papel essencial no acompanhamento das políticas de combate e mitigação às interferências da pandemia por COVID-19 de cada Estado Membro, cooperando ativamente (Quaglio, 2020).

O desenvolvimento de uma pandemia colocou, de facto, o Mundo e a Europa em alerta máximo. A necessidade de agilizar uma resposta robusta e precisa para proteger a população e a atividade económica era essencial. Nesse sentido, a União Europeia (UE) criou a decisão nº 1082/2013/EU que estabeleceu regras claras e específicas em matéria de vigilância epidemiológica para a COVID-19 (Parlamento Europeu & Conselho da União Europeia 2013). Também criou, como estratégia fundamental, um Comitê de Segurança da Saúde, representado por elementos dos Estados-Membros e presidido pela Comissão Europeia, com os objetivos de monitorizar e discutir regularmente a resposta que a Europa poderia dar à pandemia (Quaglio, 2020).

Das várias estratégias implementadas, o “Early Warning and Response System” (EWRS), que em rede com as autoridades de saúde da UE, a 9 janeiro de 2020, emitiu o primeiro alerta sobre a COVID-19, assim como agilizou a aquisição de recursos estruturantes de combate à pandemia, como foi o exemplo da vacinação e a aquisição de equipamentos de proteção individual (Quaglio, 2020). De facto, a incerteza do impacto da pandemia por COVID-19 no seio da UE despoletou o desenvolvimento de mecanismos fundamentais para a proteção dos Estados-Membros.

Assim, a 28 de maio de 2020, a Comissão Europeia (CE) adotou uma proposta de regulamento para criar um programa na área da saúde, a EU4 Saúde (2021-2027), com o objetivo central de mitigar os efeitos negativos provocados pela pandemia COVID-19 (Scholz, 2020). A proposta da CE para o programa EU4 Saúde incluía três vetores essenciais: combater as ameaças à saúde; tornar os medicamentos disponíveis e acessíveis e fortalecer os sistemas de saúde. A saúde assume-se, assim, como um requisito estrutural para suportar o desenvolvimento da prática educativa.

Em Portugal, a saúde e o direito à saúde está consagrado na Constituição da República Portuguesa, como nos refere o ponto 1 do Artigo 64.º “Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover” (Assembleia da República Portuguesa, 2005). Também a Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro de 2019, aprovada a 19 de julho de 2019, com a revogação da Lei n.º 48/90, de 24 de agosto e Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto, decreta a saúde como um direito e que todas as pessoas devem gozar do melhor estado de saúde física, mental e social, pressupondo também a criação do desenvolvimento de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam melhores condições de vida. Salienta, também, o direito de constituir uma responsabilidade conjunta entre as pessoas e o Estado, tendo este último o dever de garantir o direito à proteção da saúde através do Serviço Nacional de Saúde (SNS), Serviços Regionais de Saúde (Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira) e outras instituições de saúde pública ou convencionadas (Lei n.º 95/2019, 2019).

O Estado assume, assim, um papel estrutural na implementação de políticas que sejam capazes de agilizar recursos de proteção e de promoção da saúde. A título de exemplo, a Lei n.º 81/2009, de 21 de agosto, institui um sistema de vigilância em saúde pública, que identifica situações de risco, recolhe, atualiza, analisa e divulga os dados relativos a doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública, bem como prepara planos de contingência face a situações de emergência ou tão graves como de calamidade pública, que permitiu desenvolver um sistema de vigilância em saúde pública que, após analisar os dados com inferência no status de saúde pública e riscos associados com recurso ao Sistema Nacional de Informação e Vigilância (SINAVE), incute na pessoa da Diretora Geral da Saúde a competência de identificar as doenças de notificação obrigatória, assim como outros riscos para a saúde abrangidos pela rede SINAVE (Lei n.º 81/2009, 2009).

Com o desenvolvimento da COVID-19, e de acordo com o enquadramento das competências da Direção Geral da Saúde (DGS), foram descritos os critérios para monitorização da doença, nomeadamente os critérios clínicos (a tosse, a febre, a dispneia, a anosmia e a disgeusia/ageusia), os critérios epidemiológicos, os critérios imagiológicos e os critérios laboratoriais (detecção de ácido nucleico (RNA) de SARS-CoV-2 e antígeno de SARS-CoV-2 em amostra respiratória), nos termos da Norma n.º 019/2020 da DGS (Direção Geral da Saúde, 2020). Estes critérios criaram barreiras às práticas educativas desenvolvidas nas Escolas e nos CSC. A prioridade de isolar a população com critérios epidemiológicos exigiu do sistema educativo uma alternativa nem sempre exequível na

prática. As práticas de SCeE, que privilegiavam o contato físico e interativo dos processos educativos, sentiu, assim, dificuldade na capacidade de resposta e a educação à distância com enfoque na simulação virtual surgia naturalmente, embora com limitações e condicionantes contextuais.

A definição oficial de caso COVID-19, reconhecida pela DGS, permitiu, por um lado, confirmar a presença da pandemia em território Nacional e, por outro lado, sensibilizar toda a comunidade científica para uma estratégia de combate à COVID-19, com especial relevância para o plano de vacinação e medidas de isolamento social. A necessidade de combater esta ameaça viral e desconhecida gerou receios e algumas incertezas, no entanto, desde logo surgiu a vacinação, como sugestão de uma estratégia eficaz para erradicar a COVID-19, à semelhança de outras implementadas para combater pandemias desenvolvidas no passado. A vacinação surgia, assim, como uma esperança para prevenir a doença por COVID-19 e retomar as práticas educativas desenvolvidas na SCeE.

Será que a estratégia de vacinação para combater a COVID-19 teve sucesso? A DGS e a Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (INFRAMED), que têm por missão regulamentar e coordenar as atividades de promoção e prevenção da doença, planearam uma política nacional para proteção e segurança dos seus cidadãos e implementaram informações normativas, assim como campanhas de sensibilização para a adesão à vacinação contra a COVID-19, tendo sempre como referência as características específicas decorrentes da evolução epidemiológica da doença (Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde & Direção Geral da Saúde, 2022).

O investimento na saúde ao longo dos tempos cresceu, assim como a verba financeira despendida pelo Estado português por habitante. Em 1982 o Estado investia cerca de 34,20 € por habitante, atualmente apresenta uma média de investimento/despesa à volta de 1.191,18 € (PORDATA, 2022a). A exacerbação das doenças crónicas, que naturalmente surgem como reflexo do aumento da esperança de vida e também o desenvolvimento tecnológico de novos tratamentos inovadores com elevados custos associados, carece de um estudo aprofundado e coerente. O facto é que com a crise COVID-19 instalada, houve um aumento substancial das despesas do Serviço Nacional de Saúde (740 milhões de euros) a rondar os 7.1%, como resultado expresso das medidas extraordinárias de proteção e no apoio à economia e Educação (República Portuguesa, 2021, comunicado) (PORDATA, 2022a). A mesma tendência crescente se verifica no investimento da

administração central, na área da educação, que desde 1995 duplicou o investimento, que se situa atualmente nos 10.015,70 milhões de euros (PORDATA, 2022b).

Independentemente dos custos associados à necessidade de saúde da população, a comunidade académica foi atendida como um alvo prioritário para a vacinação. A urgente necessidade de combater esta pandemia exigiu uma ação firme e coesa de combate e a implementação da vacinação maciça em todo o país suscitou uma política de “casa aberta”, no sentido de disponibilizar, em várias regiões do país, pontos de vacinação extensíveis a todos os utentes do Serviço Nacional de Saúde (Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde & Direção Geral da Saúde, 2022). A prioridade foi implementar uma política com potencial operacional para a reabertura dos estabelecimentos educativos, Escolas e centros de SCeE e retomar, com a maior celeridade possível, o desenvolvimento educativo e formativo da comunidade.

Desde logo difundiu-se a importância da dimensão política em questões fundamentais da nossa sociedade, como é o exemplo da vacinação para combater a COVID-19 e a promoção do desenvolvimento das práticas educativas. Na verdade, o Estado Português, na Constituição da República Portuguesa, evoca a liberdade e a segurança como direitos fundamentais de cidadania, segundo o ponto 1 do Artigo 27.º, que foram condicionados pelo contexto da pandemia COVID-19 que se vivenciou. Também defende que com a democratização da educação se procura o progresso social e a participação de todos na vida coletiva de acordo como o ponto 2 do Artigo 73.º (Assembleia da República Portuguesa, 2005)

Segundo o Artigo 73.º da Constituição da República Portuguesa (Assembleia da República Portuguesa, 2005), todos têm direito à educação e à cultura. O Estado deve promover a democratização na educação e demais condições para que a educação contribua para a igualdade de oportunidades, a superação de desigualdades, o desenvolvimento da personalidade e o espírito de tolerância e compreensão mútua de solidariedade e responsabilidade para o progresso e participação democrática da vida coletiva (Assembleia da República Portuguesa, 2005). A necessidade de uma educação como um pilar estrutural para o desenvolvimento construtivo de uma sociedade, pretende, assim, combater a falta de democratização na acessibilidade da educação ao nível global.

Reconhecida a pandemia COVID-19 como uma das maiores crises de saúde pública desde 1918, com implicações humanas, económicas e sanitárias imprevisíveis, o Serviço

Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM), em convergência com a UE e a DGS, implementou políticas locais de proteção e de adesão à vacinação para combater a pandemia de forma eficaz (Autoridade Nacional do Medicamento & Produtos de Saúde & Direção Geral da Saúde, 2022). A vacinação surgia como uma esperança de combate para o retomar da atividade da sociedade e, fundamentalmente, o retomar das práticas educativas e da SScE.

Portugal recebeu cerca de 22 milhões de vacinas (Jesus et al., 2020). A reserva de 3% das vacinas para a Região Autónoma da Madeira (RAM) foi disponibilizada por tranches em cada trimestre de 2021 e no primeiro trimestre de 2022 (Jesus et al., 2020). Em consonância com o Plano Nacional de Vacinação contra a COVID-19, a vacina universal, gratuita, acessível e equitativa com critérios bem definidos, foi administrada nos postos de vacinação do Serviço Regional de Saúde da RAM (SESARAM) por fases e por grupos prioritários. Numa primeira fase, os grupos prioritários para a vacinação eram constituídos pelos profissionais de saúde na primeira linha de combate à COVID-19.

A adesão à vacinação representa um ato facultativo e disponível aos cidadãos interessados, no entanto, a autoridade de saúde alertava que a mesma se tratava de um ato de cidadania. Era fundamental cobrir a meta que tinham estabelecido entre 60 e 80% de cobertura vacinal para a RAM (Jesus et al., 2020). O contexto e a necessidade de uma resposta rápida à crise pandémica determinaram a urgência de promover um acesso rápido à vacina contra a COVID-19, que após um controlo rigoroso dos requisitos de qualidade, segurança e eficácia, como nos recomenda a Autoridade Nacional do Medicamento, garantia a proteção de toda a população (European Medicines Agency, 2023). A garantia de criar uma vacina no mais curto espaço de tempo e de qualidade técnica e científica contra a COVID-19, desafiou a comunidade científica a responder positivamente com a criação de várias técnicas de vacinação. Também a “competição” de vários laboratórios para produzir uma vacina segura e eficaz colidiu, simultaneamente, com as mutações habilidosas de um vírus SARS-CoV2, que estimulava ainda mais a comunidade científica na procura de uma resposta vacinal emergente e eficaz.

Os prognósticos negativos da pandemia por COVID-19, nos vários setores da sociedade, eram previsíveis e a necessidade de implementar uma estratégia de combate eficaz assumia-se como única e primordial, não só pela questão de promover a saúde pública, mas também pelo retomar dos processos educativos e da SScE sem restrições.

A Comissão Europeia concedeu cinco autorizações no mercado às vacinas desenvolvidas por BioNTech-Pfizer, Moderna, AstraZeneca, Janssen Pharmaceutica NV e Novavax, respetivamente, na sequência de uma avaliação positiva da Agência Europeia de Medicamentos, relativamente à sua segurança e eficácia. Cerca de 4.2 biliões de doses de vacinas foram entregues nos países membros da UE, com destaque para a BioNTech-Pfizer com 2.4 biliões, desenvolvida com uma técnica inovadora de ARNm, empiricamente a mais resistente à desinformação sobre a segurança e eficácia das vacinas para combater a pandemia (Comissão Europeia, 2021; European Medicines Agency, 2023). Se, por um lado, a Comissão Europeia com os recursos disponíveis organizava uma política de intervenção coesa e complexa de combate à pandemia, por outro lado a desinformação relacionada com o coronavírus assumiu semelhante relevância. Provavelmente, a educação de um povo é fortemente condicionada por mitos, principalmente quando se trata da saúde individual de cada um de nós.

A pandemia foi acompanhada por uma vaga de contrainformação, atendendo a que o vírus era desconhecido e o seu comportamento também e em terreno fértil criava incertezas, medos e receios na estratégia de combate que tinha sido delineada pela comunidade científica. Perante esta evidência houve a necessidade de implementar medidas para uma UE mais forte e resiliente no combate à desinformação, como foi o exemplo da elaboração de um plano de ação europeu para a democracia e a lei dos serviços digitais (Comissão Europeia, 2020). Aqui há que refletir sobre a causalidade deste fenómeno e analisar a cultura educativa e política de uma comunidade, como nos refere Rodrigues e Fraga (2020) “querem combater as notícias falsas? Então protejam o investimento na educação pública e promovam a solidariedade global” (p. 17).

A pandemia da COVID-19 originou uma “infodemia” (WHO, 2020), uma desinformação constante sobre o vírus, com a rápida divulgação pelas redes sociais, sem fundamento sólido e científico, originando confusão e desconfiança. A eficácia em saúde pública ficou, assim, limitada e condicionada (Comissão Europeia, 2020) e com isso também a limitação das atividades letivas nas Escolas e no CSC.

A “infodemia” alimenta-se da ansiedade mais elementar das pessoas (Comissão Europeia, 2020) e tornou-se fundamental uma nova política para capacitar os cidadãos da UE para o desenvolvimento de boas práticas em matéria de reforço, resiliência, literacia mediática, espírito crítico e de competências digitais, principalmente nas crianças e nos jovens, pelo risco acrescido de serem induzidos em erro. Evidenciou-se, nesta posição da EU, a

importância de apostar na democratização da educação como pilar sólido de suporte à promoção da saúde de uma comunidade (Rodrigues & Fraga, 2020). O surgimento de uma nova pandemia à escala mundial, blindada com um vírus desconhecido e imprevisível, exigiu da comunidade internacional um esforço suplementar na difusão de um número significativo de informações e de interiorização de conhecimento, muitas vezes de carácter “provisório” e incerto, fortalecendo a ideologia de que ensinar a adotar novos comportamentos não é somente através da transferência dessas novas informações e conhecimentos (Freire, 2011).

A ação educativa para promover a saúde, no caso particular da adesão à vacinação contra a COVID-19, pode ter provocado um conflito nos indivíduos, criando oportunidades de pensar e repensar a sua cultura para transformar a realidade. A educação em saúde está relacionada com a aprendizagem e a criação de uma identidade promotora de saúde personalista, isto é, à realidade de cada um, assumindo-se como um processo educativo de construção de conhecimento em saúde que visa a apropriação temática pela população (Falkenberg et al., 2014).

As práticas de educação em saúde envolvem, essencialmente, três segmentos prioritários: os profissionais de saúde (valorização da prevenção e da promoção), os gestores (agilizam recursos disponíveis para apoiar os profissionais) e a população (necessita construir uma identidade de conhecimentos e aumentar a sua autonomia na tomada de decisão) (Falkenberg et al., 2014). Embora haja uma intenção construtiva entre os três segmentos utilizados para o desenvolvimento da aprendizagem e apreensão do conhecimento, ainda existe uma distância significativa entre a retórica e prática.

A educação em saúde, como processo político e pedagógico, requer o desenvolvimento de um pensamento crítico e reflexivo, permitindo desvendar a realidade e propor ações concretas que levem o indivíduo à sua autonomia e emancipação como sujeito histórico, cultural e social, na sua tomada de decisão para aderir às políticas de saúde implementadas, convergente com a segurança de uma comunidade (Falkenberg et al., 2014).

O processo educacional para a adesão à vacinação nos Estados-membros constituiu um desafio que ainda perdura. Será que a estratégia de comunicação adotada foi promotora de uma adesão massiva à vacinação? Será que a estratégia inicial de categorizar faixas etárias como prioritárias e não prioritárias à vacinação constituiu uma política que condicionou a

adesão e o combate à pandemia por COVID-19? Que priorização foi dada à comunidade educativa no sentido de retomar a sua atividade?

A estratégia da UE foi agilizar todos os recursos disponíveis para combater a COVID-19, atendendo à visão holística sobre o prognóstico reservado do impacto da pandemia nos estados-membros, nomeadamente ao nível dos efeitos no custo humano e económico, dado que uma vacina permitiria salvar vidas, empregos e o retomar da atividade habitual da sociedade (Comissão Europeia, 2020). O desafio de criar uma vacina num curto espaço de tempo, atendendo a que normalmente levaria em média uma década para serem produzidas com segurança, constituiu um exercício exigente, só possível com o esforço financeiro da UE e da comunidade científica.

A chave do sucesso para desenvolver e produzir uma vacina contra a COVID-19 num curto espaço de tempo, bem-sucedida e que respeitasse as normas de qualidade, segurança e eficácia, teve por base o reconhecimento da EU, que assumiu esse compromisso como um desafio europeu e à escala global, liderando todos os esforços mundiais na mobilização de recursos no quadro de compromissos internacionais e na conjugação de esforços com as organizações de saúde mundial no âmbito do quadro colaborativo no combate à COVID-19 (Comissão Europeia, 2020). É fundamental reconhecer a importância da decisão da UE na implementação de políticas construtivas, ato que implicou rutura e consciência subjetiva e crítica do ser humano na reconstrução do mundo (Freire, 2001).

No entanto, assistimos a uma postura autoritária para aderir à vacinação. Em Portugal, a cobertura vacinal do protocolo inicial completo foi de cerca de 96%, valor superior à média mundial (65.9%) e da Europa (76%). Contribuíram para níveis mais baixos de adesão à vacinação na Europa países como a Rússia e a Sérvia. No entanto, salientamos, também, que alguns países do norte da Europa, com níveis de desenvolvimento educacional de relevância, apresentam também taxas médias de vacinação inferior a Portugal, como são os exemplos de países como a Holanda, a Dinamarca (83%), a Finlândia (81%), a Bélgica (79%) e a Suécia (77%) (Our World in Data, 2022).

Na verdade, constitui um ponto de reflexão identificar o nível de educação de cada País, em relação às medidas adotadas para combater a pandemia e, assim, compreender de que forma as políticas educacionais influenciam uma comunidade. No que respeita à política de vacinação e o encerramento das escolas e o CSC, verificou-se a prevalência de um Estado da era moderna centralizado no poder e na decisão diretiva. Na política de vacinação foi

possível identificar uma linha de orientação e uma organização burocrática, hierarquizada e segmentada em áreas de competência técnica, conducentes com uma efetiva resposta à crise pandémica. Estas características que, por um lado, conferiram uma estrutura de identidade e pertença coletiva, mas que, por outro lado, também podem ter conduzido a uma impessoalidade racional (Hargreaves, 1998), emergindo raízes de um Estado que, sob influência direta da política educacional, numa era pós-moderna e em situação de crise, desenha uma estratégia de intervenção estruturada e fundamentada no modernismo e baseada em “especialistas iluminados” como nos diria Paulo Freire (Sousa, 2020).

3.6.2 - Desafios da Educação no confinamento obrigatório

A natureza transversal da educação para a saúde visa contribuir para a apropriação de orientações e princípios indispensáveis para desenvolver competências educacionais na pessoa, com a conceção de novos conteúdos programáticos no currículo. Naturalmente que as Escolas identificam as necessidades formativas emergentes da sua comunidade académica e, nesse sentido, de acordo com a autonomia educativa, podem implementar projetos de formação social e comportamental a toda a comunidade de acordo com o artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 139/2012. Promover a educação para a saúde assume-se como um processo construtivo e sólido na apropriação de conhecimento e no desenvolvimento de competências capazes de gerar um projeto de vida com base nas escolhas pessoais, individuais, conscientes e responsáveis, fruto de um estímulo crítico contínuo no exercício de uma cidadania ativa (Carvalho et al., 2017), tal como foi discutido na IX Conferência Mundial sobre a promoção da saúde, que reforçou a importância de promover um desenvolvimento sustentável à base de um reforço na literacia e na promoção da saúde.

De facto, a Escola e o ambiente de SCeE não detêm a exclusividade da aprendizagem, no entanto, desempenham um papel significativo e cada vez mais global no desenvolvimento de competências pessoais, cognitivas e socioemocionais em cada um de nós. A Escola exerce, assim, um papel fundamental na sociedade e os processos educativos, como agentes de promoção e de aprendizagem, criam condições para a participação cívica dos jovens em programas de educação, com são exemplos os programas “Saúde 2020 e a Estratégia da EU2020” (Carvalho et al., 2017).

A Educação como ciência pode transformar uma sociedade e contribuir ativamente para os direitos sociais, económicos, culturais e políticos e a democratização da educação assume-se como espaço preferencial para a acessibilidade, para a reflexão crítica dos fenómenos e para a participação ativa e política da comunidade na procura de soluções sustentáveis e eficazes, tal como está consagrado no ponto 2 do Artigo 73.º da Constituição da República Portuguesa (Assembleia da República Portuguesa, 2005).

A educação, que evoca a construção de um pensamento crítico e reflexivo, de que forma apropriou os seus cidadãos de comportamentos responsáveis, assertivos e com a liberdade de optar pelo seu projeto educativo durante o confinamento obrigatório com o encerramento da Escola e da SCeE durante a pandemia COVID-19? Que políticas foram implementadas, tendo com referência a individualidade e o respeito de liberdade de opção de cada cidadão? Foram políticas promotoras de uma cidadania participativa e responsável? Que estratégias foram encontradas para dar continuidade ao percurso formativo no curso de Licenciatura de Enfermagem e na formação dos novos Enfermeiros, nomeadamente nas práticas simuladas e na SCeE?

Portugal, desde logo, assumiu o compromisso político de um confinamento obrigatório com o encerramento das escolas e dos Centros de Simulação Clínica. A prioridade fomentou-se numa adesão maciça à vacinação, de acordo com as medidas políticas diretivas e objetivas ministradas pela Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde e a Direção Geral da Saúde (2022), julgamos que numa tentativa de minimizar os efeitos negativos da pandemia e criar condições para a rápida recuperação da atividade. A liberdade de escolha em aderir ou não ao encerramento das escolas e dos CSC, assim como a adesão à vacinação, ficava condicionada pela meta diretiva de combater uma pandemia COVID-19 que ameaçava a economia, a segurança e a vida dos cidadãos. No entanto, o comportamento a adotar, em relação às normativas emanadas pelo Governo, constituiu uma missão obstatante de encontrar na pessoa um livre exercício consciente de direitos e deveres na participação ativa de uma sociedade organizada (Giroux, 1983).

A educação assume, assim, a sua natureza política na análise dos fenómenos de uma sociedade, com participação ativa e cívica. A educação visa “cultivar a formação do caráter virtuoso, na busca contínua da liberdade” (Giroux, 1983, p. 221). Podemos refletir se o processo de adesão ao encerramento das escolas e do CSC da RAM durante a COVID-19 em Portugal e na UE, privilegiou uma cidadania académica ativa com o exercício livre e pleno de direitos e de deveres do indivíduo consciente, responsável e como agente ativo e

participativo (Giroux, 1983; Sousa, 2018). Na opinião de Freire (2013), o pilar fundamental das políticas educacionais, a liberdade e a democracia, blindadas por valores humanistas, prepara o cidadão para agir com responsabilidade e com segurança, atendendo a que investiga, reflete e é autónomo na sua tomada de decisão consciente e acometido de cultura democrática

O facto é que, nas conclusões de um estudo desenvolvido por Fritoli et al. (2023), em relação aos principais desafios apontados pelos professores, estes evidenciavam dificuldades na adaptação da nova rotina imposta pela pandemia, exigindo maiores desafios para trabalhar com as novas tecnologias, ressaltando na experiência vivenciada a valorização da própria escola física como “tecnologia” profícua.

Será que a EU, e Portugal em particular, criaram as condições necessárias para que a comunidade académica, no exercício pleno dos seus direitos, exercesse a opção de aderir ou não ao encerramento das escolas e dos centros de SCeE durante a COVID-19? O facto é que a DGE, na sua estratégia nacional, prioriza a educação para a cidadania como uma componente fundamental na formação de uma pessoa ao longo do seu ciclo vital, tendo a escola o papel estrutural na mobilização da sociedade para a adoção de comportamentos de segurança, de prevenção e gestão adequada de riscos. Estas assumem-se como as condições essenciais para construir gradualmente uma cultura de segurança, como é exemplo as estratégias de mitigação da COVID-19 (DGE, 2017). Mas, se por um lado, assimilamos a autonomia da pessoa na sua tomada de decisão consciente e presumida para aderir ou não ao encerramento das escolas e dos CSC, por outro lado as diretrizes políticas de cada País democrático elaboram programas e diretivas para o encerramento maciço de todos os estabelecimentos educativos que promovessem o contacto entre as pessoas. Neste contexto, podemos questionar o espaço de liberdade e autonomia de decisão de um cidadão no seu projeto educativo.

O Estado poderá, assim, ter assumido uma postura autoritária e diretiva, objetivando a adoção de regras comportamentais para a sua população, apesar de estar consagrado na Constituição da República Portuguesa (CRP) a participação de todos na vida coletiva através da democratização da educação, potenciando cidadãos participativos, responsáveis e apropriados de conhecimento para uma tomada de decisão consciente e suportada em valores fundamentais como o da liberdade. Afinal, “a educação era vista como intrinsecamente política, tendo como objetivo educar o cidadão para a participação ativa e inteligente na comunidade cívica” (Giroux, 1983, p. 221).

Como nos refere Giroux (1983), apesar da democratização da educação defender um espaço para os ideais nobres da sua comunidade, a verdade é que esta não encontra esse espaço na prática diária, principalmente nos momentos de crise. Urge a necessidade de reformular uma educação para a cidadania que explore as relações complexas entre o conhecimento, o poder, a ideologia e a economia, frequentemente secundarizadas a desenvolver o seu enfoque numa base reflexiva para a tomada de decisão num contexto sociopolítico.

O investimento na educação assume-se como um marco estrutural de um país democrático. Com uma educação estruturada, fortalecemos o combate à violência e à exploração, minimizamos a prevalência de casamentos prematuros e gravidez na adolescência, diminuimos a existência de exploração sexual e trabalho infantil (Rodrigues & Fraga, 2020) e promovemos uma tomada de decisão responsável e consciente.

Em plena crise de pandémica por COVID-19, as escolas e os sistemas escolares deveriam permanecer abertos, com recurso a técnicas pedagógicas à distância, provavelmente, não havendo, assim, espaço para uma pausa na Educação, demonstrando o “papel fundamental da Escola e de todos os que nela são atores” (Rodrigues & Fraga, 2020, p. 12). Embora com muitos desafios ao nível das barreiras da comunicação, a educação à distância, com limitações visíveis nas práticas educativas e nos momentos de aprendizagem na SCEE, foi utilizada como recurso. De facto, a restrição operada nos processos educativos condicionou o desenvolvimento de uma comunidade, como nos documenta Rodrigues e Fraga (2020) “a democratização da educação, muitas vezes assumida como dado adquirido na boca política, caiu por terra” (p. 13), num período de confinamento pela pandemia COVID-19 em que o acesso ao ensino e à aprendizagem foi limitado.

É evidente que as desigualdades a que hoje se assiste na área da educação, em diversos países da Europa, cada um com a implementação de políticas próprias munidas de identidade individual, interfere no direito à educação de cada um e assume-se como um desígnio fundamental de universalização conducente com a envolvimento das famílias e das comunidades nos processos de aprendizagem de cada cidadão. “Noções sobre educação para a cidadania são complexas e bastante difíceis para se manejar” (Giroux, 1983, p. 251) e, ainda hoje, perduram raízes fortes cultivadas pela cultura positivista associada à racionalidade tecnocrática. Urge a necessidade de promover uma base política sólida e promotora de mudança, que fortaleça os princípios da democratização da educação,

embebendo na sociedade a educação para a cidadania como uma conjugação perfeita da crítica histórica, reflexão crítica e ação social (Giroux, 1983). A ação social exerce um papel de relevo que, quando precedida de uma ação política controlada e responsável, apropria a pessoa como cidadão “comprometido”, disposto a questionar e a confrontar a base estrutural, ou seja, a necessidade de refletir sobre o modelo que fundamenta uma redefinição clara da cultura e do poder, assim como uma compreensão dos fenômenos envolventes na tomada de decisão e participação cívica, como é o exemplo da política sobre o encerramento das escolas e dos CSC durante o período de isolamento da COVID-19.

As vivências experienciadas no processo educacional durante a COVID-19 foram ricas, desafiantes e sensibilizaram a comunidade sobre a influência do mundo global. Não está documentada uma relação direta das políticas adotadas em resposta à emergência pandêmica e os níveis educacionais de cada país na Europa ou no resto do mundo, no entanto, existem dados que merecem uma reflexão sobre a importância que assumem na educação e nas políticas de educação adotadas durante a pandemia por COVID-19. Será que alguns países com os melhores indicadores de progressão e desenvolvimento ao nível da educação tiverem políticas adequadas no encerramento de algumas escolas e alguns CSC?

A política de abertura das escolas, os CSC e a continuidade do processo educativo representam uma base estrutural do desenvolvimento de uma sociedade e, nesse sentido, urge encontrar medidas para retomar a atividade escolar, com especial relevância para a SCeE no CLE.

As estratégias consensuais e defendidas pelos peritos na área da saúde convergem para o retomar do processo educativo com a condição da comunidade educativa aderir maciçamente à vacinação para a COVID-19. Uma obrigatoriedade institucional dos países aderentes, condicionando, de certa forma, a opção individual de cada cidadão apropriado de conhecimento e de toda a informação livre. Uma tomada de decisão que nos remete para uma reflexão sobre a influência das políticas institucionais e da educação no processo de tomada de decisão.

A nível mundial, o país que apresentou a maior taxa de adesão à vacinação para a COVID-19 foi os Emirados Árabes Unidos, com cerca de 99%, seguido de Portugal, com 96%. Em relação aos países do norte da Europa, apropriados de um desenvolvimento estrutural ao

nível da educação, apresentaram índices de adesão à vacinação mais baixos, como foi o exemplo dos 77% da Suécia (Our World in Data, 2022). Será que existe uma relação direta entre a política de educação e a adesão à vacinação para a COVID-19? Independente das analogias estatísticas, julgo ser fundamental promover a chamada alfabetização científica, no sentido de apropriar os seus cidadãos na construção de um conhecimento sólido e empoderado. Indivíduos responsáveis, livres e seguros nas suas tomadas de decisão. Só assim podemos combater as notícias falsas e projetar um investimento na educação pública revestida de solidariedade, humanidade e empatia (Rodrigues & Fraga, 2020).

A revista científica “Nature” documenta algumas narrativas dos opositores às vacinas que proliferaram nas redes sociais, nomeadamente a narrativa que a vacina contra o coronavírus seria usada para implantar microchips nas pessoas (Gomes, 2020). Se, por um lado, a informação era difundida sem fundamento, por outro lado a utilização dos meios de comunicação digital para a rápida proliferação e difusão dessa informação num período de incertezas e com evidências científicas insuficientes, alimentavam informações polémicas e sem evidência científica.

O crescimento das redes de informação através da internet, como fonte de comunicação básica para o crescimento educativo, tem assumido ao longo dos anos um crescimento significativo. Na viragem do século XX, estimava-se que em cada 50 mil casas uma teria acesso à internet. Hoje é claramente visível o desenvolvimento difundido ao longo dos tempos e a influência direta no acesso à informação num sistema educativo mais exigente e complexo. Nesta ótica, como nos referem Rodrigues e Fraga (2020) a “ligação à internet deveria ser assegurada pelos governos” (p. 23) como investimento público na educação e acesso à informação, criando condições para a democratização da educação ao nível da acessibilidade e livre informação. Uma população informada decide em consciência e assume uma tomada de posição responsável, segura e congruente. A democratização da educação não passará somente como uma referência pelo acesso à educação, mas, também, como um bem público pelo direito a uma formação de qualidade própria para desenvolver competências transversais: sócio emocionais, pessoais e cognitivas, num mundo cada vez mais global, mais digital e proliferado pelas redes de comunicação.

A decisão de aderir à vacinação constituiu um fenómeno com margem para discussão, fundamentalmente pela decisão política de abrir as escolas e o CSC da RAM à comunidade vacinada contra a COVID-19. No entanto, o surgimento de novos casos de COVID-19 em pessoas com cobertura vacinal completa, ou não, alargou ainda mais a discussão da

estratégia adotada para o combate à pandemia com o recurso à vacinação, assim como alargou o espaço de debate no seio da comunidade científica em torno da reabertura das escolas e do CSC da RAM.

Nos adultos, a discussão convergia para uma adesão maciça à vacinação em prol da segurança e prevenção da doença, no entanto, em relação às crianças a discussão suscitou muitas dúvidas no seio da comunidade, até porque havia o conhecimento da exclusão da testagem da vacina em laboratório às crianças, com a justificação de que a COVID-19 provocaria danos insignificantes nesta comunidade juvenil. A própria World Health Organization (2021), publicamente discriminou positivamente a administração de vacinas COVID-19 às crianças, priorizando as mesmas para os países mais pobres, nomeadamente aos grupos mais vulneráveis, assumindo claramente que as crianças não eram prioritárias neste processo de vacinação. O que fez surgir a questão: deverão as crianças e os adolescentes ser ou não vacinados? Uma resposta complexa e longe de ser consensual entre a comunidade científica. O facto é que as escolas e as práticas educativas foram suspensas durante o período da pandemia COVID-19, embora a educação à distância existisse com recursos limitados.

Na verdade, alguns países com sistemas educativos diferentes iniciaram precocemente a vacinação nas crianças, apesar da evidência científica documentar que a COVID-19 nesta faixa etária era mais benigna, em relação aos adultos. No entanto, as crianças também constituem veículos de transmissão do vírus e, simultaneamente, fonte de propagação da doença e as escolas poderiam constituir um reservatório relevante, atendendo à baixa cobertura vacinal da sua população. Por outro lado, a testagem maciça no início do ano letivo também surgiu como estratégia política na RAM e representou uma medida de suporte para retomar as atividades letivas, atendendo à fraca cobertura vacinal nas crianças.

Na verdade, a acessibilidade mundial à vacinação tornou-se um dilema alvo de uma profunda reflexão e na comunicação social, a WHO através do seu Secretário-Geral informa que “vacinar crianças não é uma prioridade” (WHO, 2021) e, simultaneamente, apela a que os países mais ricos repensem as suas estratégias de vacinação (stocks) no sentido de contribuir ativamente com mais vacinas para os países mais pobres, ao abrigo do programa Covax, demonstrando a necessidade de uma intervenção coesa e global de combate à pandemia.

Em Portugal, a implementação de uma política de intervenção na vacinação aos adolescentes e às crianças nasceu inquinada, atendendo a que os decisores políticos anunciaram medidas sem auscultarem os especialistas da área pediátrica. Uma divergência, que associada a algumas incertezas científicas sobre o comportamento do vírus, poderá ter gerado desconfiança no seio da comunidade educativa, em relação à eficácia e à segurança da vacinação nas crianças, comprometendo a adesão maciça à vacinação, apesar da Agência Europeia do Medicamento autorizar a administração da vacina Pfizer/BioNTech para crianças dos 5 aos 11 anos em Portugal.

A dimensão política da estratégia de vacinação permitiu um espaço de debate estrutural e completo sobre a liberdade e a opção de escolha na tomada de decisão. Os decisores políticos não podem ficar alheios à comunidade ativa, descartando a sua envolvimento. A decisão partilhada e discutida no seio das comunidades é fortalecida e apropriada de empoderamento na aceitação.

Como interpretar, à luz do sistema educativo, que em países do norte da Europa, com boas cotações educativas, considerados ricos e com melhores condições de vida, haja manifestações em redor das cidades contra a vacinação e as medidas de isolamento profilático para combater a COVID-19? Provavelmente, à priorização de continuar a promover o funcionamento das atividades produtivas do país, e especificamente o sistema educativo, tenha mobilizado a população a manifestar-se de forma significativa. As medidas restritivas e a necessidade de isolamento poderiam ser compreendidas, no entanto, a forte economia mobilizadora de massas assumiu uma influência direta nas decisões políticas.

É interessante analisar a questão da resistência à vacinação da comunidade educativa, quando a WHO apelava à solidariedade dos países mais ricos para dispensarem vacinas para outros que enfrentavam elevados índices de mortalidade pela COVID-19. No entanto, a política implementada para retomar as atividades letivas e as experiências de aprendizagem nos CSC estava condicionada à adesão da vacinação para a COVID-19. De facto, a acessibilidade à vacinação está consagrada na Declaração Universal dos Direitos Humanos, segundo o Artigo 3.º “todo o ser humano tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal” (Assembleia Geral das Nações Unidas, 1948; Ministério dos Negócios Estrangeiros, 1978).

O sistema educativo de cada Estado assume-se como um artefacto político para a construção de uma sociedade mais justa e solidária, e não meramente entendida como uma reprodução de conhecimento transmitido que transforma nas pessoas seres passivos, habilitando-os para se inserirem numa sociedade desigual (Giroux, 1983). O retomar da atividade educativa, em resposta à necessidade emergente e sentida pela comunidade, proporcionou uma adesão à vacinação para a COVID-19 no Mundo, na Europa e na RAM e é reflexo da necessidade de crescimento ao nível de uma prática educativa que envolva a dimensão necessária à prática social do ser humano, programado para aprender e para desenvolver práticas educativas que promovam o envolvimento ativo em pleno uso da sua liberdade democrática e educacional (Giroux, 1983).

No fenómeno da adesão à vacinação, urge a necessidade de refletir sobre a mudança do atual paradigma, fortemente dominado pela modernidade, onde o conhecimento é quase exclusivamente delineado segundo uma cultura europeia fortalecida em medidas diretivas, como é o exemplo da vacinação para a COVID-19. Urge a criação de espaços para as questões do multiculturalismo, da raça, da identidade, do poder, do conhecimento, da ética e da individualidade de cada um, como requisitos fundamentais da pessoa portadora de memórias sociais, com direito a se exprimir e a se representar no seu programa de desenvolvimento educativo (Giroux, 1983).

Atualmente, na pós-modernidade que vivenciamos, não poderá minimizar a diferença, a pluralidade e as múltiplas narrativas próprias que tem vindo a emergir. O processo educativo deverá estruturar políticas que legitimam o papel social de cada pessoa, no sentido de uma educação mais justa, democrática e promotora da cidadania responsável e participativa (Giroux, 1983). Um processo educativo ativo e envolvente transforma uma sociedade e contribui para uma cidadania ativa e responsável. O envolvimento da comunidade nos seus processos de ensino/aprendizagem é fundamental para promover uma cultura de empoderamento e de crescimento nos direitos sociais, económicos, culturais e políticos (Sousa & Rodrigues, 2022).

Vivemos hoje numa sociedade livre, cheia de incertezas e exposta a diversos riscos e sentimentos de insegurança num Mundo cada vez mais global que desafia todos nós e a nossa natureza humana. O desenvolvimento da pandemia por COVID-19 constituiu uma ameaça à segurança do Homem e a Educação e foi condicionada pela priorização de medidas de confinamento e de isolamento de pessoas. Há que salvaguardar os direitos consagrados no ponto 1 do artigo 27.º da Constituição da República Portuguesa “direito à

liberdade e à segurança” (Assembleia da República Portuguesa, 2005). Muitos países implementaram políticas emergentes e semelhantes ao nosso país, perante esta ameaça cheia de incertezas.

A pandemia consciencializou toda a comunidade educativa para a importância do empoderamento na criação de políticas robustas e eficazes que promovessem uma cultura de segurança e de responsabilidade individual e coletiva, atendendo à natureza do combate com um inimigo invisível e desconhecido. A educação e os espaços democráticos para uma cultura educativa deverão promover uma sociedade participativa com vista ao interesse comum, convidando à participação de todos, sem barreiras (classe, raça e território nacional) e em igualdade de circunstâncias nos assuntos da vida coletiva. A pandemia condicionou a ação educativa da comunidade dos estudantes em geral e dos estudantes da SCeE e nem com o fenómeno da vacinação como estratégia de combate à pandemia COVID-19 o Estado poderia secundarizar-se nessa responsabilidade, atendendo a que deve apropriar-se de um sistema educativo empoderado e democrático.

A organização e as políticas educativas de cada país condicionam a tomada de decisão livre e responsável. De facto, a educação emerge como o principal recurso de construção dos valores em democracia. A democratização da educação salienta “promover competências cívicas, interculturais e sociais, a compreensão e o respeito mútuo, e a apropriação dos valores democráticos e dos direitos fundamentais em todos os níveis e tipos de educação e formação” (Conselho União Europeia, 2021, p. 18), através das práticas de educação que visam a aquisição de conhecimentos, atitudes e comportamentos construtores de uma cidadania ativa e de valores comuns da liberdade, de tolerância e não de discriminação. Só assim podemos atender ao princípio da subsidiariedade (Fino, 2022), dado que parecem estar reunidas as condições para se promover uma verdadeira parceria entre a educação e a comunidade, para uma efetiva promoção de uma cultura de segurança através da educação para a cidadania, apostando no desenvolvimento de cada um como pessoa, visando o seu bem-estar individual e o da sua comunidade (Sousa, 2020).

PARTE II

METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

4 – Fundamentos da metodologia

A investigação em educação assume-se como um pilar para a construção do conhecimento. Um dos valores da humanidade que o homem sempre procurou foi compreender a natureza dos fenómenos que o rodeia. “O termo “investigação” deriva da palavra latina “investigativo” (in + vestigium), “In” significando uma ação de entrar e “vestigium” a vestígio, marca, sinal” (Sousa, 2009, p.11).

A investigação como marca ou sinal, num determinado momento ou contexto, procura sinais de conhecimento de um fenómeno. A investigação qualitativa, pelo seu cariz de interpretação para conhecer os fenómenos, tem exercido um papel estruturante para o desenvolvimento do conhecimento profissional e clínico na Enfermagem. A formação de novos enfermeiros tem enfrentado novos desafios e expandido novas estratégias educativas, como a SCeE, desenvolvendo estudantes com competências profissionais para o livre exercício da profissão.

Assim, é fundamental clarificar o encadeamento do investigador na área em estudo (SCeE), definir a questão, os objetivos e delimitar o campo da investigação, criando condições para o investigador argumentar as opções metodológicas. O atual estudo partiu da premissa que ao compreender a complexidade da SCeE podemos contribuir para a definição de políticas estruturantes e para o empoderamento dos estudantes no processo de aprendizagem e na prática profissional. A SCeE constitui uma estratégia pedagógica e cria condições ao desenvolvimento de experiências significativas que possibilite competências profissionais para resolver problemas.

4.1 – Encadeamento do Investigador

A investigação parte naturalmente de uma preocupação compatível com uma “explicação para melhor compreensão do fenómeno” (Fortin et al., 1999, p. 48). A investigação emerge fruto da preocupação do processo educativo e do envolvimento do investigador na orientação de práticas laboratoriais e nas experiências de SCeE com os estudantes do CLE.

A escolha da temática surge também em resposta às preocupações vivenciadas na experiência profissional do investigador principal. Especialista em Enfermagem Médico-

cirúrgica, pós-graduado em urgências e emergências hospitalares, com competência avançada em supervisão clínica e gestão dos serviços de saúde, com experiência na prestação e gestão de cuidados à pessoa em situação crítica e na lecionação de conteúdos científicos nas práticas laboratoriais da UMa e na SCeE, com temáticas envolvidas na pessoa a vivenciar processos complexos de saúde/doença.

Integrou a equipa de abertura do serviço de triagem de Manchester na urgência básica do Centro de Saúde de Machico e operacionalizou o procedimento funcional do Serviço de urgência com a triagem de Manchester. Durante o período de pandemia COVID 19, planeou o atendimento à pessoa, família e comunidade a vivenciarem processos complexos do sistema respiratório comprometido, com a abertura do atendimento do doente respiratório (ADR). Responsável pela formação dos Enfermeiros do serviço de urgência de Machico, com recurso a várias metodologias pedagógicas, em especial a SCeE.

No desenvolvimento da atividade docente do ensino superior politécnico na Escola Superior de Saúde da UMa, desde outubro de 2002 até à presente data (tempo integral intercalado em tempo parcial), esteve envolvido na elaboração de atividades pedagógicas em práticas laboratoriais e na SCeE. Não obstante, toda a experiência acumulada, a frequência no doutoramento em currículo e inovação pedagógica, permitiu-lhe estudar a natureza dos processos educativos na SCeE, alvo de alguma inquietação durante a atividade educativa no ensino.

O papel do estudante na SCeE representa uma experiência humana única e a obtenção de dados com recurso às entrevistas semiestruturadas e ao *focus group* permitiu identificar dados e compreender a natureza do comportamento humano, isto é, refletir com maior clareza e profundidade sobre a condição em que os estudantes desenvolvem as experiências educativas na SCeE (Bogdan & Biklen, 1994). É fundamental analisar qualitativamente o papel que o estudante exerce na SCeE, descrever as experiências e identificar as potencialidades que o ambiente da prática simulada oferece, para a compreensão do fenómeno numa dimensão holística e sem a preocupação de generalizar os resultados.

4.2 – Desenvolvimento da Investigação

O objetivo da investigação pretende compreender o comportamento e a experiência humana, e, nesse sentido, a obtenção de dados sobre a experiência do participante na SCeE permite maior profundidade sobre a natureza do comportamento humano durante essa experiência (Bogdan & Biklen, 1994). Assim, é fundamental a orientação de um projeto mediado por uma questão de investigação e a definição de objetivos alcançáveis (Fortin et al., 1999).

Questão de Investigação

O desenvolvimento do domínio em estudo permitiu formalizar uma questão que medeia todo o processo de investigação. Qual é o papel do estudante na simulação clínica em Enfermagem?

Objetivo Geral

Compreender o papel do estudante na SCeE.

Objetivos específicos

- 1 clarificar o conceito da SCeE;
- 2 descrever as orientações dos modelos de SCeE;
- 3 descrever o processo da SCeE;
- 4 identificar as representações dos estudantes no processo da SCeE;
- 5 analisar a relação entre os modelos de simulação, as representações e as práticas de SCeE;
- 6 Avaliar se a SCeE promove o empoderamento do estudante.

4.3 – Investigação Qualitativa em Educação

Como nos refere Silverman (2000) citado por Stake (2011) “A pesquisa qualitativa é conhecida por sua ênfase no tratamento holístico dos fenômenos” (p. 42). Na análise às práticas desenvolvidas no ambiente de aprendizagem da SCeE, identificamos a convergência perfeita para a compreensão e a interpretação situacional com ênfase personalística no objeto em estudo (Stake, 2011). A essência do modelo qualitativo é marcada pela rica descrição das ações e dos ambientes pessoais, baseados em experiências situacionais, humanistas e únicas. “A correlação entre o fenómeno em estudo e o nível de compreensão, recomenda uma visão holística e construtiva, promovendo um conhecimento do contexto temporal e espacial, histórico, económico, político, cultural, social e pessoal” (Stake, 2011, p. 42). Nesse sentido, a investigação permite a descoberta do conhecimento, e o investigador vai do que sabe e do que os vestígios indicam, para o que não sabe. Como nos refere Rosa citada por Sousa (2009) “Nem se pode dizer que vai para aquilo que procura, pois em verdadeira e radical investigação não é sequer possível saber o que é que se procura” (p. 12).

A abordagem quantitativa, assim como a qualitativa, representam metodologias da investigação científica. Por um lado, o método objetivo e quantificado estatisticamente baseado em Galileu (1564 – 1642) e Conte (1798 – 1857), fundamentado na formulação de um problema e na hipótese e, por outro lado, o método qualitativo baseado no idealismo de Kant (1724 – 1804), de características subjetivas, com interpretações das realidades condicionadas pelas vivências dos indivíduos nos seus contextos (Sousa, 2009).

A escolha de um método de investigação constitui uma base para aferir o resultado do conhecimento pretendido. Se por um lado a metodologia quantitativa, positivista e realista, permite uma análise com rigor e quantificação estatística atendendo à formulação do problema e de hipóteses com dimensão de representatividade para a generalização dos resultados, já a metodologia qualitativa fortalece a fundamentação na perceção e na compreensão humana. Como nos documenta Stake (2011) “a história da ciência está repleta de pensamento qualitativo, como os pensamentos de Newton, Curie, Watson e Crick” (p. 21).

Bogdan e Biklen (1994) identificam na investigação qualitativa características fundamentais como a “fonte direta de dados em ambiente natural, os investigadores

despendem grande quantidade de tempo na observação direta e na utilização de meios de colheita de informação através do vídeo, áudio ou apontamentos” (p. 47). O objeto de estudo desenvolve-se pelo conhecimento do fenómeno, isto é, a abordagem não pensa na questão da generalização em termos convencionais, mas focalizam a atenção “em estabelecer afirmações universais sobre processos sociais gerais do que considerações relativas aos pontos comuns de contextos semelhantes” (Bogdan & Biklen, 1994, p. 66).

A preocupação dos resultados qualitativos serem generalizáveis constitui ainda um ponto de reflexão para o desenvolvimento da ciência. Alguns investigadores qualitativos não pensam na questão da generalização em termos convencionais, “estão mais interessados em estabelecer afirmações universais sobre processos sociais gerais do que considerações relativas aos pontos comuns de contextos semelhantes” (Bogdan & Biklen, 1994, p. 66).

No estudo que desenvolvemos, investigação de cariz qualitativo, procedemos à transcrição dos dados obtidos nas entrevistas individuais aos estudantes e aos professores do CLE e no FG aos estudantes e enfermeiros recém-licenciados. Os dados foram analisados em toda a sua riqueza, respeitando a forma como foram transcritos e registados. Aqui, a palavra assume particular relevância na abordagem qualitativa, tanto para o registo como para explicar os resultados.

A investigação qualitativa centra, assim, o seu objeto de estudo mais pelo processo do fenómeno, em relação aos resultados obtidos, dando relevo ao significado. Vários registos foram elaborados durante o processo de investigação e expressos através da escrita, que traduzem significados num determinado contexto. É fundamental analisar os significados transcritos, e nesse contexto a hermenêutica exerce um papel fundamental na procura de identificar no texto o significado apreendido (Bryman & Bell, 2019; Espósito, 2021).

A metodologia qualitativa pode recorrer a vários métodos qualitativos: etnografia (Amado, 2014), estudo de caso (Stake, 2010; Yin, 2015), investigação-ação (Amado, 2014) entre outros. Não obstante, a opção da metodologia qualitativa não deverá ser alvo do foco de preferência, mas em função da natureza do estudo que se pretende analisar (Yin, 2015). Neste sentido, para compreender o processo educativo dos estudantes na SCeE, o estudo de caso, com metodologia científica de cariz qualitativo, permite responder aos objetivos propostos no atual estudo de investigação.

4.4 – Estudo de Caso: Método de investigação científica na simulação clínica em Enfermagem

O Estudo de Caso representou o método de investigação adequado para estudar o papel do estudante na SCeE. Fundamentado na metodologia qualitativa permitiu obter dados para uma análise detalhada, apesar de ser complexa. Segundo Bogdan e Biklen (1994) o plano do Estudo de Caso pode ser apresentado à “semelhança de um “funil”, no início do estudo as perguntas são gerais, correspondendo à extremidade mais larga do funil, para posteriormente (após uma exploração mais alargada) passar para uma área mais restrita de análise dos dados coligidos” (p. 89).

O desenvolvimento de um Estudo de Caso incide sobre a organização específica ao longo de um determinado período, descrevendo o desenvolvimento do fenómeno. A linha de orientação do Estudo de Caso no processo educativo dos estudantes de Enfermagem na SCeE procura descrever as experiências de aprendizagens e os conhecimentos desenvolvidos pelos estudantes. A técnica de colheita de dados que utilizámos foi a entrevista semiestruturada e o FG, suportadas por um guião semiestruturado. O objetivo permitiu conhecer exaustivamente o fenómeno, nomeadamente o processo educativo dos estudantes de enfermagem na SCeE e descrever detalhadamente o ambiente de aprendizagem das práticas simuladas e as atividades desenvolvidas, com a clara intenção de descrever os fenómenos e não de os ajuizar (Stake, 2012).

A Região Autónoma da Madeira (RAM) possui atualmente um Centro de Simulação Clínica (CSC) de alta-fidelidade desde o dia 4 de setembro de 2012. Um projeto idealizado para proporcionar o treino e o desenvolvimento de competências profissionais, na área da saúde, e contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. O CSC de alta-fidelidade é considerado um ambiente inovador pela crítica dos profissionais e constitui um centro educativo clínico na RAM que articula as experiências da SCeE à melhor tecnologia digital com simuladores de alta-fidelidade (SiAF). Projeto financiado pelo Programa Operacional de Valorização do Potencial Económico e Coesão Territorial da RAM (Programa Intervir +) e pelo Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER).

O CSC tem por missão proporcionar experiências formativas a todos os profissionais na área da saúde e como objetivos: proporcionar formação técnica e científica em diferentes áreas de especialidade; desenvolver ações de formação de investigação e de inovação; estimular parcerias com outros centros de formação, fomentar a troca de conhecimentos e

competências, promover a experiência para novas aprendizagens e dinamizar investigação em articulação com as Faculdades da área da saúde, potenciando a qualidade formativa dos futuros profissionais de saúde.

A investigação qualitativa em saúde constitui um foco para obter a excelência e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Nas ciências sociais, atendendo à complexidade e à individualidade da pessoa, a investigação qualitativa, pelo seu cariz de interpretação dos fenómenos, representa um paradigma estruturante para conhecer em profundidade o fenómeno. Assim sendo, as práticas de aprendizagem desenvolvidas no ensino da enfermagem e nas ciências sociais fundamentam o fenómeno em convergência perfeita para a compreensão, análise, interpretação situacional e ênfase personalística (Stake, 2011).

Os Estudos de Caso, Etnográficos, Naturalísticos, Fenomenológicos, Hermenêuticos ou Holísticos constituem referências da metodologia qualitativa. No entanto, independentemente da natureza “entre qualitativo e quantitativo, a diferença entre (1) tentar explicar e (2) tentar compreender e a diferença entre (1) um papel pessoal e (2) um papel impessoal” (Stake, 2011, p. 30), constitui uma preocupação do investigador optar por uma linha de investigação conducente com os resultados pretendidos nos objetivos delineados.

A investigação sobre o processo educativo da SCeE permite obter contributos essenciais para o progresso da ciência, com o especial contributo do estudo de caso, método utilizado na investigação em educação (Amado et al., 2014). Yin (2001) identifica o estudo de caso como uma “investigação científica que estuda um fenómeno contemporâneo dentro do seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenómeno e o contexto não estão claramente definidos” (p. 32).

O estudo de caso incidiu sobre a organização específica ao longo de um período, descrevendo e relatando a experiência de aprendizagem na SCeE. A descrição dos sentimentos envolvidos no processo da SCeE, o testemunho das experiências como foco de aprendizagem, o nível de aprendizagem significativa e o desenvolvimento de novas competências, representam ganhos que necessitam de ser alvo de uma análise exaustiva e de reflexão. A SCeE constitui efetivamente um ambiente propício para uma experiência de aprendizagem. Está fisicamente preparada com recursos tecnológicos avançados para recriar em laboratório cenários realistas. Se por um lado podemos considerar que as

condições físicas do CSC (Centro de Simulação Clínica) são promotoras de aprendizagens significativas, por outro lado julgo ser elementar estudar as práticas educativas desenvolvidas para conduzir essas aprendizagens. Assim, o presente estudo surge envolvido numa questão fundamental: Qual é o papel do estudante na SScE?

Aqui concomitantemente é fundamental também compreender o papel do estudante na SScE, nomeadamente as particularidades da sua participação em todas as etapas do projeto de SC, as experiências desenvolvidas, as vivências durante a prática simulada no CSC e nos laboratórios académicos de baixa e média fidelidade e o relato dos resultados obtidos nessa experiência educativa.

No SiAF emerge tecnologia refinada, com características muito semelhantes à anatomia e fisiologia humana. Em relação aos simuladores de média-fidelidade (SiMF), estes constituem modelos para explorar técnicas relativamente simples, como a introdução de cateterismo venoso/arterial ou a exploração de intervenções de enfermagem em equipamentos anatómicos com orifícios fisiológicos para o treino específico, como por exemplo o treino de ressuscitação cardiopulmonar. Os simuladores de baixa-fidelidade (SiBF) constituem modelos sintéticos que fazem lembrar os modelos humanos e simulam movimentos característicos sobre uma determinada técnica que se pretende desenvolver com recurso à repetição do movimento (Rosa et al., 2024).

Schramm (1971), citado por Yin (2001), caracteriza o estudo de caso como uma forma de esclarecer uma decisão ou “o motivo pela qual foram tomadas, como foram implementadas e com que resultados” (p. 31). É nessa ótica que encaramos a natureza do atual estudo de investigação, ou seja, descrever o papel que o estudante desenvolve na SScE, analisar que práticas utiliza no ambiente de simulação, identificar as expectativas dos estudantes no desenvolvimento desse processo, que experiências relata no ambiente de aprendizagem e que valor atribui às práticas desenvolvidas na área da inovação.

Para obter uma informação adequada sobre o objeto em estudo é fundamental: saber formular boas perguntas e interpretar as respostas; ser um bom ouvinte e não ser traído pelas suas próprias ideologias ou preconceitos; ser adaptável e flexível e conseguir ver as situações inesperadas como oportunidades e não como ameaças e ter uma boa capacidade de ‘agarrar’ os aspetos que estão a ser estudados (Amado & Freire, 2014).

O atual estudo de caso preocupou-se com o significado das experiências desenvolvidas pelos estudantes na SScE, ou seja, o “porquê” e o “quê” no sentido de destacar que na

educação há a necessidade de responder a algumas questões emergentes do objeto em estudo, nomeadamente o “como” e o “porquê”, associados ao estudo de investigação qualitativa (Yin, 2003). De acordo com Yin (2003) existem quatro problemas associados ao projeto de pesquisa: “quais questões estudar, quais dados são relevantes, quais dados coletar e como analisar os resultados” (p.41). Atendendo ao estudo de investigação e à questão norteadora pelo objeto em estudo, o estudo de caso desenvolvido permitiu uma investigação empírica para estudar o fenómeno contemporâneo dentro de um contexto real, embora caracterizado por fronteiras entre o fenómeno e o contexto (Yin, 2015).

O estudo de caso revestiu-se de uma questão central: Qual é o papel do estudante na SCeE? Não obstante da questão central, é fundamental encontrar outras questões essenciais, nomeadamente: Qual é o conceito da SCeE para os estudantes? Como desenvolvem os estudantes as várias etapas do processo na SCeE? Que práticas exercem os estudantes na SCeE? Que papel desempenha o estudante na SCeE?

Com o atual estudo de caso pretendemos desenvolver uma investigação empírica que compreenda o processo educativo da SCeE e que utilize todas as técnicas disponíveis de uma amostra particular e seleccionada de acordo com o objetivo pretendido, com a finalidade de obter uma ampla compreensão do fenómeno (Yin, 2015). Lessart-Herbert et al. (2005) documentam que o estudo de caso reúne dados capazes de englobar todo o fenómeno em estudo. Stake (2012) descreve o estudo de caso como uma investigação qualitativa, naturalista e como um “estudo da particularidade e complexidade de um único caso, conseguindo compreender a sua atividade no âmbito de circunstâncias importantes” (p.11). Assim, o estudo de caso será alvo de uma exploração, descrição e explicação detalhada sobre as questões relacionadas com o processo e as práticas na SCeE, ou seja, relatar, registar, descrever e compreender os efeitos e as relações desenvolvidas (Yin, 2015).

4.5 – Campo de estudo da investigação

Atendendo à SCeE como estratégia pedagógica para estimular o pensamento e o raciocínio clínico, no plano de estudos do CLE, este estudo envolve a preocupação de compreender as experiências na SCeE dos estudantes de enfermagem desenvolvidas no CSC de alta-

fidelidade na RAM e nos laboratórios académicos nas unidades curriculares com práticas laboratoriais.

O projeto foi discutido, apresentado e aprovado pela comissão científica da faculdade de ciências sociais da UMa (Universidade da Madeira) e iniciou-se a implementação após a obtenção do parecer positivo da Comissão de Ética da UMa (CEUMa) e da UMa.

Nesse sentido para compreendermos o enquadramento da SCeE definimos no campo de ação dos informantes:

- Estudantes do CLE a frequentar o 2º, 3º e 4º anos;
- Professores que lecionam no CLE com experiência na mediação da SCeE;
- Enfermeiros ativos na atividade profissional, com experiência em SCeE e exercício profissional inferior a 24 meses.

O critério de inclusão dos estudantes compreendeu estar inscrito no CLE e ter obtido pelo menos uma experiência na SCeE. Assim, a decisão decorreu com os estudantes que frequentam o 2º, 3º e 4º anos. Os estudantes do 1º ano não satisfazem o critério de inclusão pela falta de experiência na SCeE.

O investigador estabeleceu um contato com as turmas e informou sobre o desenvolvimento do estudo que estava a decorrer. Os estudantes disponibilizaram-se a participar. Atendendo aos anos selecionados, compreendiam vários estudantes, o recrutamento foi obtido através de um sorteio aleatório. Foi delineado à partida quatro estudantes de cada ano do CLE (2º, 3º e 4º anos), perfazendo um total de 12 estudantes entrevistados. No contato com as turmas foi disponibilizado um documento informativo com informação detalhada. O sorteio foi realizado após a codificação de cada estudante de cada ano letivo do CLE, com caracteres numéricos, no dia 15 de janeiro de 2024, na sala de reuniões da Escola Superior de Saúde (ESS) na RAM. As entrevistas decorreram entre o dia 15 e 25 de janeiro de 2024 em horário agendado com os respetivos estudantes selecionados.

No sentido de compreender o objeto em estudo, foi realizado um *focus group* (FG) aos estudantes, na perspetiva de compreender a opinião dos mesmos num grupo de discussão. A entrevista FG realizou-se no dia 2 de fevereiro de 2024 na sala de reuniões de uma ESS na RAM.

Em relação aos professores, o critério de inclusão inclui orientar práticas de SCeE, objetivando obter informações detalhadas sobre o processo educativo e as experiências

desenvolvidas com os estudantes. Disponibilizei aos professores informação detalhada por escrito sobre o processo de investigação. As entrevistas individuais decorrem na sala de reuniões da ESS na RAM, de 25 de janeiro a 13 de fevereiro de 2024 em horário agendado.

No sentido de clarificar o processo educativo da SCeE potenciador de competências profissionais para o mercado de trabalho, seleccionámos sete enfermeiros com um período inferior a 24 meses de experiência profissional, para uma discussão FG. Neste contexto, foi importante conhecer a natureza do processo educativo dos antigos estudantes do CLE nas práticas de SCeE e o contributo da metodologia pedagógica para o desenvolvimento de competências profissionais. A entrevista FG aos enfermeiros decorreu no dia 12 de fevereiro de 2024.

4.6 – Colheita de dados

O estudo de caso, desenvolvido sobre o comportamento humano nos processos de aprendizagem na SCeE, revelou-se complexo e de difícil exploração com recurso a uma técnica de colheita de dados. A colheita de dados para um estudo de caso é uma etapa importante e representa a informação detalhada sobre um determinado fenómeno, com a visão de obter uma compreensão profunda e detalhada (Stake, 2010; Yin, 2015). Várias técnicas poderão ser utilizadas na colheita de dados nos estudos qualitativos, a entrevista, a observação, a análise documental, as notas de campo, o registo em arquivo, os artefactos físicos e o *focus group* (FG). Não obstante a técnica seleccionada, todos eles fornecem subsídios fundamentais para a compreensão do fenómeno em estudo (Bryman & Bell, 2019, Stake, 2010; Yin, 2015).

A seleção da técnica a utilizar durante o processo de pesquisa representa uma etapa importante para o desenvolvimento do estudo e deverá convergir com a concretização dos objetivos definidos. À semelhança do que acontece com as restantes etapas, a colheita de dados também tem um carácter aberto e interativo, no entanto, as técnicas de colheita de informação predominantemente utilizadas na metodologia qualitativa, podem agrupar-se em dois grandes blocos: técnicas diretas ou interativas, como a observação participante, entrevistas qualitativas e histórias de vida e as técnicas indiretas ou não-interativas, como os documentos oficiais e internos, dossiers, estatutos, registos pessoais, documentos diários e autobiografias (Aires, 2011).

A colheita dos dados do estudo de caso desenvolveu-se em ambiente natural (Tuckman, 2005), numa ESS situada na RAM. Na colheita de dados foi utilizado a entrevista individual semiestruturada aos estudantes e aos professores que lecionaram SCeE no CLE e a discussão FG aos estudantes e aos enfermeiros com experiência profissional inferior a 24 meses. Tudo é importante para clarificar o fenómeno em estudo, e nesse sentido conduziu-se à elaboração de um guião de entrevista e FG que demonstrou ser orientador para os entrevistados exporem os seus pontos de vista e, simultaneamente, permitiu uma disponibilidade para o discurso mais aberto sobre o conteúdo a aprofundar dentro da SCeE.

Selecionámos por um lado a entrevista e por outro lado a discussão FG, como estratégias para a colheita de dados por possibilitarem uma interação dinâmica entre os entrevistados e o investigador (Stake, 2010; Morgan, 2013; Yin, 2015).

4.6.1 - Entrevista semiestruturada

A entrevista constitui de facto uma importante fonte de informação para o estudo de caso e é preferencialmente conduzida de forma espontânea, permitindo obter uma informação natural e genuína. Uma entrevista estabelece uma relação intencional, geralmente entre dois intervenientes ou mais, com o objetivo de obter informações com um determinado fim. Na investigação qualitativa, como nos refere Bogdan e Biklen, as entrevistas podem ser utilizadas de duas formas: “podem constituir uma figura estrutural para a recolha de dados, ou podem ser utilizadas em conjunto com a observação participante, análise de documentos ou outras técnicas necessárias para estudar o objeto em estudo” (1994, p. 135), neste estudo foi utilizada também a discussão FG.

Amado et al. (2014) identificam, também, que as entrevistas podem ter diferentes classificações, estruturas e funções. Na analogia ao tipo de entrevista a utilizar, é fundamental que haja entrevistador, entrevistado e uma atitude neutral no sentido de reduzir a influência dos intervenientes no contexto do objeto em estudo. Quando o entrevistador controla o conteúdo de uma forma demasiado rígida, pode criar limitações para o sujeito contar a sua história em termos pessoais e pelas suas próprias palavras, e poderá a entrevista ultrapassar o seu âmbito qualitativo (Bogdan & Biklen, 1994). As boas entrevistas caracterizam-se pelos sujeitos estarem à vontade e falarem livremente sobre os seus pontos de vista (Bogdan & Biklen, 1994).

Como técnica a entrevista é utilizada para obter informações e interpretações de um determinado fenómeno e descobrir algo que não é observável, ou seja, pretende conhecer a experiência pessoal, a intuição e o ceticismo para aperfeiçoar as teorias e as experiências da percepção e da compreensão humana (Stake, 2011).

Segundo Amado e Ferreira (2014) é fundamental que na entrevista haja uma preocupação analítica que identifique o que há em comum nos entrevistados em relação à natureza do fenómeno em estudo, mas também que identifique o que os distingue. O objetivo da entrevista com técnica de colheita de dados do atual Estudo de Caso consiste em identificar os universos que envolvem o fenómeno da SCeE e toda a sua complexa articulação e variedade.

As entrevistas semiestruturadas, em particular, têm atraído interesse, sendo amplamente utilizadas. Tal interesse está vinculado à expectativa de que é mais provável que os pontos de vistas dos sujeitos entrevistados sejam expressos em uma situação de entrevista com um planeamento relativamente aberto do que uma entrevista padronizada (Flick, 2004, p.89).

Para além de Amado et al. (2014), também Flick (2004) documenta que é possível identificar vários tipos de entrevistas semiestruturadas: a entrevista focal; a entrevista semipadronizada; a entrevista centralizada no problema; a entrevista com especialistas; a entrevista etnográfica e a entrevista semiestruturada. Na descrição de Merton e Kendall (1946) documentado por Flick (2004) a entrevista focal como instrumento de colheita de dados objetiva estudar o impacto de um estímulo sobre o entrevistado, com o intuito de fornecer uma base para a interpretação de descobertas estatisticamente relevantes, ou seja, após uma análise de um estímulo apresentado, possibilitar que se faça uma distinção entre os factos da situação e as opiniões subjetivas geradas pelo entrevistado.

Flick (2004) documenta a entrevista semipadronizada sugerida por Sheele e Groeben (1988), utilizada na reconstrução de teorias subjacentes em que o entrevistado possui uma reserva complexa do conhecimento sobre o tópico em estudo, nomeadamente suposições explícitas e imediatas as quais podem expressar espontaneamente ao responderem às perguntas abertas que são complementadas por suposições implícitas.

A entrevista centralizada no problema sugerida por Witzel (1982; 1985) como nos cita Flick (2004) tem atraído algum interesse e caracteriza-se por três critérios centrais:

centralização no problema; orientação do objeto e do processo de pesquisa, assim como a compreensão do objeto de pesquisa.

As entrevistas com especialistas como identifica Flick (2004) é sugerida por Meuser e Nagel (1991) que, em contraste com as entrevistas biográficas, focaliza o interesse do entrevistado na sua capacidade de ser especialista num determinado campo ou atividade, ou seja, é integrado num grupo como um representante especializado numa determinada área.

A entrevista etnográfica também pode ser utilizada no contexto de pesquisa de campo, embora nesse contexto de pesquisa se utilize essencialmente a observação participante. No entanto, Flick (2004) refere que Spradley (1980) defende que as entrevistas etnográficas desempenham um papel importante, embora reconheça também a dificuldade que é moldar as conversas que surgem no campo em entrevistas.

A entrevista semiestruturada, utilizada no atual estudo de caso, constitui uma base sólida para as metodológicas da pesquisa qualitativa. “É uma característica destas entrevistas que questões mais ou menos abertas sejam levadas à situação de entrevista na forma de um guia de entrevista” (Flick, 2004, p. 108). Uma abordagem muito burocrática do guia da entrevista pode condicionar os benefícios que as entrevistas proporcionam, nomeadamente um ambiente aberto e espontâneo para o entrevistado expor os seus conhecimentos. Nesse sentido, é fundamental que o entrevistador exerça uma ação de mediador, entre o decurso e o guia da entrevista (Flick, 2004).

O entrevistador exerce um papel fundamental para criar condições que conduzem a uma entrevista espontânea e genuína, estimulando o entrevistado a ter uma resposta fluente nos seus relatos, canalizados para a obtenção de dados alvo do objeto de estudo. Na entrevista semiestruturada é fundamental evitar uma rigidez excessiva, ou seja, o entrevistador deve dominar o guião e a temática em estudo, apresentando domínio conversacional aberto e determinado, ser fiel aos seus alvos de pesquisa e disponibilizar o tempo necessário para o entrevistado expor os seus pontos de vista.

A entrevista representa um instrumento para obter informação nos diversos campos da ação e o seu potencial é inquestionável, pois representa um meio para estabelecer uma interação entre o entrevistado e o entrevistador, fortalecido por uma conversa orientada e intencionada por objetivos, com o intuito de obter informações detalhadas sobre o

fenómeno em estudo, assim como as práticas decorrentes do conhecimento desse fenómeno (Amado & Ferreira, 2014).

A obtenção de dados na investigação do estudo de caso foi preferencialmente conduzida de forma espontânea, o que permitiu obter uma informação natural e genuína sobre o processo educativo da SCeE. A entrevista individual semiestruturada, com o intuito de obter informação detalhada sobre a opinião dos estudantes e professores sobre o processo educativo da SCeE, foi suportada por um guião definido por uma ordem lógica no sentido de obter respostas objetivas. As questões surgiram num guião com registo do que se pretendia obter, mas com a liberdade total do entrevistado para emitir a sua opinião sobre o assunto em análise, baseada em áreas (categorias e subcategorias) a serem abordadas, mas abertas para o entrevistador atender aos dados fornecidos pelo entrevistado (Bryman & Bell, 2019).

O estudo de caso constitui um método de pesquisa estrutural com várias variáveis e diversas fontes de dados e, nesse sentido, antecipamos a categorização. As categorias surgem como unidades de registo com o título direto agrupadas num conjunto de elementos. As subcategorias relacionam-se diretamente com a categoria, através de um subsistema categorial que orientou o guião das entrevistas semiestruturadas, na obtenção de possíveis dados brutos. Salientamos que a categorização e a formulação de questões não pretendem inibir possíveis categorias e subcategorias que pudessem emergir no trabalho de campo e na análise de conteúdo dos dados, mas sim explorar a visão dos entrevistados sobre a SCeE (Bardin, 2016; Bryman & Bell, 2019).

Assim, ao longo deste trabalho emergiu proposições teóricas que suportaram as categorias e subcategorias definidas (Yin, 2015), que passamos a descrever:

- Simulação clínica em enfermagem (SCeE): Considerada uma estratégia para promover o ensino, a aprendizagem também é utilizada para avaliar as competências técnico-científicas dos estudantes nos diferentes níveis de graduação académica (Martins et al., 2018). A SCeE representa uma estratégia vocacionada para ajudar os estudantes a valorizar o seu conhecimento, desenvolver competências e produzir uma cultura de pensamento e de reflexão, ou seja, uma estratégia explorada em laboratórios e centros de simulação clínica para transformar o desenvolvimento de competências vocacionadas para o cuidar humano e holístico (Kaneko & Lopes, 2019).

- **Ambiente de SCeE:** Meio para os estudantes e profissionais de saúde aprimorarem habilidades técnicas de forma controlada sem colocar em risco a segurança da pessoa. O ambiente de SCeE pode ser operado em laboratórios ou em centros de simulação clínica com variados níveis de fidelidade, dependendo do objetivo que é pretendido obter e pode proporcionar experiências clínicas nos mais variados contextos de saúde. O ambiente representa uma experiência prática imergido numa representação autêntica e propícia para a aprendizagem (Júnior & Vasconcelos, 2024). Um ambiente organizado para desenvolver a experiência de SCeE deve incluir um estímulo progressivo às necessidades específicas de cada estudante (Kaneko & Lopes, 2018).

- **Características dos simuladores:** Recursos com variedade de ferramentas ao nível de pacientes virtuais e padronizados, manequins (meio corpo ou corpo inteiro) com uso de tecnologia computadorizada. Os simuladores constituem recursos fundamentais para o desenvolvimento de competências e habilidades técnicas como resultado de uma interação educativa como se fosse um contexto real. O realismo obtido com a utilização de simuladores está diretamente relacionado com o papel que é exercido pelo mediador do processo da simulação, assim como a presença de vários equipamentos de apoio ao cuidar de enfermagem (estetoscópio, ventiladores, cateteres venosos, etc.), recriando características relevantes de um mundo real. Nesse sentido, a interação ativa entre os intervenientes é fundamental para os estudantes identificarem as potencialidades dos simuladores e interagirem como ele, como se de um ambiente real se tratasse (Chin, 2016).

- **Aprendizagem:** Teorias que influenciam a educação no atual contexto. Hoje, existe uma preocupação dos professores em transmitir com eficácia informação relevante aos estudantes, no entanto, à luz das novas teorias da aprendizagem é pretendido que os professores criem ambientes que potenciem ativamente os estudantes a criar significado e a construir processos de conhecimento significativo (Jonassen 2000).

- **A SCeE transformadora do conhecimento:** A experiência de simulação realística implementada nos contextos de saúde assume-se como uma estratégia pedagógica a ser explorada nos laboratórios e centros de simulação clínica, promovendo um ambiente reflexivo e de transformação para o desenvolvimento de competências essenciais ao cuidado centrado na pessoa com alcance nos objetivos e resultados pretendidos. A SCeE constitui uma estratégia orientada para a experiência experimental e pretende estimular o pensamento crítico, clínico e reflexivo do estudante (Oliveira et al., 2018)

- **Inovação no ambiente de aprendizagem:** Representa a progressão de novas metodologias para impulsionar as experiências de aprendizagem. A inovação representa ativamente a adaptação de conteúdos às necessidades específicas dos estudantes, utiliza a tecnologia e as plataformas digitais para enriquecer as experiências pedagógicas, promove espaços de exploração e estimula o estudante a encontrar soluções e conecta os professores e os estudantes ativamente nos processos de aprendizagem. É fundamental criar espaço e centralizar o estudante no processo da aprendizagem, progredindo a maturação de um significado emergido por uma construção ativa do conhecimento (Correia, 2011).

- **Parcerias das estruturas académicas com a comunidade de profissionais:** Constituem acordos celebrados entre as partes em torno de um objetivo comum, ou seja, o estabelecimento de uma cooperação entre a academia e a comunidade de profissionais do CSC, proporcionando um ambiente de prática de SCeE de alta-fidelidade. Nos últimos anos, com o crescimento de novos CSC, a SCeE tem obtido destaque no seio da comunidade científica. O treino para desenvolver competências universais e personalizadas e as necessidades individuais de cada estudante necessita de uma combinação equilibrada entre profissionais e os suportes pedagógicos disponíveis, nomeadamente o espaço físico equipado com alta tecnologia robótica com informação fidedigna em tempo real durante as experiências que se requerem realistas (Brazão et al., 2015).

- **Práticas educativas:** Atividades intencionais devidamente planeadas para desenvolver competências e adquirir um conhecimento sólido e atual. Compreende também os processos formativos que ocorrem no meio social, os objetivos educacionais planeados, os métodos de ensino utilizados e as estratégias de avaliação para promover uma aprendizagem e a construção de um conhecimento ao longo do processo educativo do estudante (Sousa & Rodrigues, 2022; Rabelo, 2019).

- **Educação transformadora da SCeE:** Representa um elemento de qualidade na educação que capacita os estudantes a desenvolverem habilidades e valores para enfrentar desafios e constituírem agentes ativos na construção de sociedades incluíveis, empáticas e sustentáveis. A educação transformativa constitui um processo contínuo que cultiva valores nobres por meio da educação, desenvolvendo o conhecimento dos estudantes sobre as realidades e capacitando-os a tomar decisões concretas numa sociedade educativa mais inclusiva (UNESCO, 2024).

- **Sentimento de apropriação na elaboração do projeto da SCeE:** interiorização do próprio (estudante) sobre o seu nível de conhecimento e a sua capacidade para contribuir para a construção de processos e utilizá-los de forma independente nos diversos contextos (Jeffries et al., 2015; Martins et al., 2014).
- **Modelo de suporte para a simulação clínica:** Método estruturado para dirigir os estudantes a desenvolverem habilidades técnicas, a tomar decisões e a gerir situações complexas no âmbito clínico em ambiente controlado e seguro no CSC e no laboratório académico. Portanto, é essencial conduzir a SCeE numa base teórica e conceptual, utilizar estratégias adequadas para responder às necessidades, apresentar um plano de desenvolvimento sustentado nas fases do processo de simulação e implementar um plano de obtenção de resultados (INACSL Standards Committee et al., 2021b; 2021c; 2021d).
- **Contexto da simulação clínica:** Constituem fatores contextuais em que se desenvolve a SCeE, como a prática ou o meio académico e *in situ* ou laboratório/CSC e se o objetivo é para avaliação ou desenvolvimento de experiências de aprendizagem (Jeffries et al., 2015).
- **Preparação da SCeE e o *prebriefing*:** Considera-se uma boa prática iniciar a SCeE com um *prebriefing*, criando um espaço privilegiado para identificar as expectativas dos estudantes em relação à simulação e permitir que os estudantes explorem as características do ambiente, dos recursos, dos simuladores e dispositivos de apoio à prática simulada (Kaneko & Lopes, 2019; Jeffries et al., 2015).
- **Fase de *briefing*:** Representa uma fase interativa da SCeE que permite que o facilitador da aprendizagem utilize instrumentos educativos para envolver os participantes no espírito da simulação, ou seja, utilize técnicas de “quebra-gelo”. Nesta fase é fundamental relembrar logaritmos, processos do projeto de simulação e expor os detalhes sobre o desenvolvimento do caso clínico (Kaneko & Lopes, 2019; Jeffries et al., 2015).
- **Experiência educativa com o participante simulado:** A inclusão de outros intervenientes no processo de simulação tem ganho destaque ao longo dos tempos. O termo participante simulado representa outros intervenientes adicionais, com simulação de familiares, visitantes, outros utentes e membros da equipa de saúde, com o objetivo de tornar a experiência de simulação clínica mais realista e autêntica (Cowperthwait, 2020).
- **A experiência e vivências:** procura-se conhecer a experiência da simulação centrada no estudante, o seu acolhimento, as interações que são desenvolvidas, o espírito colaborativo, o nível de confiança desenvolvido, a autenticidade dos casos clínicos, a felicidade e a

liberdade de estar envolvido num ambiente de aprendizagem significativa (Jeffries, et al., 2015).

- **Fase *debriefing*:** Fase fundamental do processo de aprendizagem, caracterizada pela elegância de elogiar e indicar medidas corretivas, sem ferir a autoestima do estudante. O ponto forte da relação educativa assenta em identificar os pontos fortes e sugerir pontos a serem desenvolvidos. Constitui um espaço que solicita ao mediador da aprendizagem uma base autodirigida para a reflexão crítica e elenca comportamentos desejados e de mudança. A falta de feedback gera sentimento de distância entre os intervenientes do processo de simulação, e uma prática de *debriefing* valoriza a análise do conhecimento e potencia oportunidades para uma construção genuína e sólida (Iglesias & Pazin-Filho, 2015).

- **Resultados e ganhos com a SCeE:** Referem-se ao efeito prático que se obtém no final do processo da SCeE a vários níveis. A SCeE como metodologia utiliza estratégias para a obtenção de resultados satisfatórios e a preparação do estudante para os desafios da prática (Iglesias & Pazin-Filho, 2015).

- **Casos clínicos:** Descrições detalhadas de situações em contexto clínico, que envolve pacientes, familiares, pessoas significativas e profissionais, utilizadas no âmbito do ensino com o objetivo de promover o desenvolvimento de competências universais.

- **Papel do estudante na SCeE:** Ação exercida pelo estudante no ambiente de SCeE e o apoio do professor em acompanhar o desenvolvimento cognitivo, motor e relacional com emissão de feedbacks construtivos para aperfeiçoar o desempenho e a satisfação do estudante (Oliveira et al., 2018).

- **Planeamento participativo:** Cada ciclo de SCeE objetiva integrar o estudante no planeamento para definir guias clínicos, local de ação, etapas da operacionalização ao nível do *briefing* e *debriefing* e análise dos resultados obtidos (Oliveira et al., 2018).

- **Espaços democráticos:** Espaço que parte de cada um para o todo para promover a progressão, o desenvolvimento, a cidadania ativa e contribuir para a mudança e o empoderamento dos intervenientes na ação educativa.

- **Investigação e parcerias:** Desenvolvimento de programas no âmbito da investigação na SCeE e planeamento de atividades com os contributos da SC e a capacitação dos estudantes para desenvolver competências em cooperação com laboratórios e CSC especializados (Brazão et al., 2015).

Seguidamente apresentamos o quadro nº 1 que representa as categorias e as subcategorias nomeadas na SCeE, assim como a descrição resumida sobre o que é pretendido obter nessa classificação e categorização. A coluna identificada como “sector” serve para a nossa orientação como investigador.

Quadro 1. Categoria e subcategoria das entrevistas e do *focus group*

Sector	Categorização e classificação		propósito
A	CATEGORIA	Caracterização do entrevistado	Define as características do entrevistado em várias áreas.
A1	Subcategoria	Identidade de género	Identificar a identidade género
A2		Idade	Identificação da idade do entrevistado
A3		Contexto profissional.	Identificar nos entrevistados o contexto profissional, social e pessoal onde estão inseridos.
A4		Residência	Caracterização do percurso profissional.
A5		Percurso académico	Identificar o percurso académico dos entrevistados
B	CATEGORIA	Caraterização da simulação clínica em enfermagem (SCeE).	Identificar a caracterização que os entrevistados atribuem à SCeE.
B1	Subcategoria	Conceito da SCeE.	Identificar nos entrevistados o conceito de SCeE, a sua finalidade e o propósito a que se destina.
B2	Subcategoria	Ambiente de SCeE.	Identificar que tipo de ambientes conhece para a prática da SCeE e mostrar o que entende por ambiente de simulação clínica.
B3	Subcategoria	Características dos simuladores na SCeE.	Que os entrevistados identifiquem tipos de simuladores que conhece e experienciou na prática simulada e descrever as caraterísticas dos simuladores e a finalidades dos mesmos.
B4	Subcategoria	Aprendizagem desenvolvida no ambiente de SCeE.	Descrever o conceito que os entrevistados entendem sobre o processo de aprendizagem e de que forma a experiência desenvolvida no ambiente de simulação clínica foi gerador de aprendizagem.

B5	Subcategoria	A SCeE transformadora do conhecimento.	Identificar o conceito dos entrevistados sobre o efeito da simulação na transformação do conhecimento após a experiência da SCeE.
B6	Subcategoria	Inovação no ambiente de aprendizagem da SCeE.	Identificar nos entrevistados que conceito têm sobre a inovação e como descrevem as práticas educativas inovadoras no ambiente de simulação clínica.
B7	Subcategoria	Parceria com estruturas acadêmicas com a comunidade de profissionais da SCeE.	Identificar se os entrevistados conhecem parcerias estabelecidas intrainstituições e como documentam a importância das parcerias com a comunidade profissional para o desenvolvimento da SCeE.
B8	Subcategoria	Práticas educativas desenvolvidas na SCeE	Identificar as principais práticas educativa desenvolvidas na experiência da SCeE e os seus contributos para a aprendizagem.
B9	Subcategoria	Educação transformadora da SCeE.	Indica o conceito dos entrevistados em relação à Educação e, como pode ser transformadora da SCeE.
C	CATEGORIA	Caraterização da prática da SCeE.	Identificar nos entrevistados a experiência que desenvolveram assim como as representações que desempenharam na SCeE.
C1	Subcategoria	Sentimento de apropriação na elaboração do projeto da SCeE.	Identificar a envolvimento dos entrevistados na elaboração do projeto de simulação clínica, assim como as ações pedagógicas programadas e o nível de envolvimento (proativo) do estudante em todo o processo da SCeE.
C2	Subcategoria	Modelos de suporte para a simulação clínica.	Identificar se os entrevistados conhecem os modelos de simulação clínica que suportam a SCeE e se o utilizam como guia orientador.
C3	Subcategoria	Contexto da simulação clínica.	Indicar se os entrevistados referem em que contexto (académico/prática/ <i>in situ</i> /laboratório) se desenvolve a simulação e o objetivo da mesma.
C4	Subcategoria	Preparação da SCeE e o	Identificar no entrevistado a conhecimento sobre o <i>prebriefing</i> e

		<i>prebriefing.</i>	como o utiliza para preparar a SCeE.
C5	Subcategoria	Fase de <i>briefing</i> na SCeE.	Refere-se ao que os entrevistados entendem pelo conceito de <i>briefing</i> e os contributos para a aprendizagem. Identifica o pano de fundo com os objetivos da simulação e as expectativas específicas que influenciam o projeto de simulação. Informação sobre o projeto e a apresentação da implementação da simulação. Descrição dos recursos e equipamentos necessários para a simulação e como são alocados.
C6	Subcategoria	Experiência educativa com o participante simulado na SCeE.	Clarificar o conceito do participante simulado e identificar os contributos do participante simulado na SCeE para potenciar a aprendizagem em relação aos papéis que representam.
C7	Subcategoria	A experiência e vivências na SCeE.	Identificar nos entrevistados o relato da experiência que tiveram na SCeE para o seu processo de aprendizagem, como experiencial, colaborativa, interativa e centralizada no estudante, assim como o reflexo do clima na simulação para potenciar confiança e autenticidade.
C8	Subcategoria	Contributos da fase <i>debriefing</i> .	Refere-se ao que os entrevistados entendem pelo <i>debriefing</i> e os contributos dessa experiência para o crescimento da aprendizagem.
C9	Subcategoria	Resultados e ganhos com a SCeE.	Descrever os ganhos identificados pelos entrevistados e se reconhecem esses ganhos para a aquisição de um novo conhecimento.
C10	Subcategoria	Casos clínicos desenvolvidos na SCeE.	Indica se os entrevistados reconhecem os casos clínicos desenvolvidos como adequados para a aprendizagem e para a construção de uma aprendizagem significativa.
C11	Subcategoria	Papel do estudante na SCeE e o seu bem-estar individual e coletivo.	Indica se os entrevistados reconhecem que as ações educativas que são desenvolvidas na SCeE promovem o bem-estar e o envolvimento proativo dos estudantes.

C12	Subcategoria	Planeamento participativo do estudante na SCeE.	Indica se os entrevistados revelam a importância de envolver todos os intervenientes em todas as fases do processo da SCeE, principalmente ao nível da envolvimento dos estudantes na preparação da prática simulada.
C13	Subcategoria	Espaços democráticos e cultura da prática simulada.	Indicar se os entrevistados identificam uma cultura para promover momentos de discussão sobre a SCeE junto da comunidade académica e profissional e nas atividades pedagógicas do ensino da enfermagem
D	CATEGORIA	Inovação e investigação na SCeE	Descrever a opinião dos estudantes e dos professores acerca da importância da investigação e da inovação no processo de SCeE.
D1	Subcategoria	Investigação e parcerias na SCeE.	Indica se os entrevistados enumeram algum projeto no âmbito da investigação em desenvolvimento e parcerias com outras instituições educativas no sentido de propor mudanças na educação em simulação clínica em enfermagem.

As entrevistas sustentadas por um guião permitiram uma grande liberdade nas respostas ao entrevistado, uma vez que não houve uma imposição rígida na descrição das questões e permitiram ao entrevistado falar sobre o tema proposto, evidenciando o que para ele é mais pertinente (Amado & Ferreira, 2014).

A construção das questões para o guião da entrevista evitou as respostas tendenciosas e fomentou uma colheita de dados genuína e congruente com o sentimento do entrevistado, embora por vezes difícil de operacionalizar, atendendo a que poderá haver a “necessidade inata do entrevistado dizer ao entrevistador o que ele quer ouvir” (Yin, 2001, p. 108). A investigação qualitativa deve descrever as ações pessoais em ambientes complexos e a integridade do pensamento holístico dos fenómenos. “Não existe uma única forma de pensamento qualitativo, mas sim uma coleção de formas: ele é interpretativo, baseado em experiências, situacional e humanístico” (Stake, 2011, p.41).

No desenvolvimento da entrevista estabeleci uma atitude neutral com a preocupação de reduzir a influência no contexto do objeto de estudo, atendendo a que quando o

entrevistador controla o conteúdo de uma forma demasiada rígida, limita o sujeito a contar a sua história em termos pessoais e pelas suas próprias palavras (Bogdan & Biklen, 1994).

A entrevista procurou estudar em profundidade o processo educativo da SCeE e, simultaneamente, proporcionou a liberdade para cada participante expor livremente as suas respostas e revelarem a visão sobre o fenómeno (Bryman & Bell, 2019) O guião da entrevista foi elaborado por uma ordem específica, no sentido de obter dados sobre o papel que o estudante desenvolve na SCeE, nomeadamente: na clarificação do conceito sobre a SCeE; na relação das orientações dos modelos de simulação; na explicação do processo; na análise da relação entre os modelos as representações e as práticas simuladas e se a SCeE promove o empoderamento do estudante.

A organização do guião permitiu que as perguntas fluíssem razoavelmente bem, e também permitiu a alteração da ordem para situações inesperadas, no sentido de obter o máximo de dados para o estudo de investigação. A linguagem utilizada foi compreensível e familiar, não havendo a necessidade de reformular as questões. Na preparação da entrevista, o entrevistado foi familiarizado com o tema alvo em estudo, foi informado sobre o propósito da entrevista e disponibilizado espaço para alguma dúvida ou questão que pudesse ser esclarecida.

A entrevista é uma forma da pessoa expressar como vê o mundo e, nesse sentido, procurei criar um ambiente propício à exposição livre da opinião do entrevistado, sem qualquer interferência e sem juízos de análise. Em relação à confidencialidade das informações colhidas nas entrevistas, foi assegurada pela codificação em ficheiro encriptado e assegurado o sigilo dos dados colhidos.

As entrevistas foram realizadas num ambiente académico, na sala de reuniões do 2º piso de uma ESS situada na RAM. O local da entrevista foi previamente validado e em concordância com o entrevistado. Mobiliário da sala de reuniões confortável, ergonómico, excelentes condições de acústica, luminosidade e ausência de ruídos. A gravação da entrevista foi obtida por um dispositivo móvel e confiável, permitindo uma transcrição detalhada dos termos utilizados pelos entrevistadores. As questões foram elaboradas com discurso simples e curto, e permitiu que os entrevistados respondessem em tempo útil. Tolerei as pausas no discurso e escutei o que foi dito pelo entrevistado com uma atitude empática e com o mínimo de interferência. A condução da entrevista teve em atenção a opinião dos estudantes e dos professores do CLE, como intervenientes muito próximos do

fenômeno da SCeE. As questões colocadas foram abertas, no sentido de possibilitar uma exposição clara da opinião do entrevistado, evitando o efeito de interrogatório com questões fechadas. As questões elaboradas foram singulares e circunscritas a uma ideia clara, com linguagem inteligível e neutral em ambiente seguro, tranquilo, sem interrogatórios e sem juízos de valor.

Os entrevistados manifestaram receptividade em participar, verbalizando que o foco de investigação é muito interessante e manifestaram uma necessidade em opinar sobre a SCeE. Alguns entrevistados verbalizaram que é necessário alterar algumas coisas na SCeE e que estavam disponíveis para contribuir para essa mudança. As pessoas foram selecionadas à entrevista aleatoriamente e por sorteio. A seleção aleatória dos estudantes teve com base uma codificação numérica e selecionada às cegas por uma pessoa externa à investigação num saco escuro para o efeito. Os professores que se disponibilizaram e que lecionam as práticas de SCeE foram também selecionados para as entrevistas.

Os estudantes estavam em pé de igualdade para serem selecionados para a entrevista, experiência de SCeE semelhante, ou seja, com experiência para fornecer informação detalhada sobre o objeto de estudo. Optei por entrevistar primeiro os estudantes do CLE, nomeadamente do 2º, 3º e 4º anos e, posteriormente, entrevistei os professores que acompanharam os estudantes nas práticas. A seleção aleatória dos estudantes para a entrevista não incluiu os estudantes do 1º ano do CLE por não terem experiência em SCeE.

Os alunos do 2º ano manifestaram grande interesse em participar nas entrevistas, atendendo às sucessivas interpelações ao investigador nos espaços comuns da ESS a questionar o dia das entrevistas e se estavam selecionadas (os), contrastando com os estudantes do 3º ano que não se manifestaram.

Apresentei-me aos entrevistados, professores e estudantes, com uma indumentária menos formal, informalidade no trato e aparência, julgando a forma mais adequada para estabelecer uma ligação mais próxima que permitisse aos estudantes e aos professores uma livre opinião sobre o objeto em estudo. Manifestei o objetivo do estudo em conhecer a opinião dos estudantes e dos professores sobre o processo educativo da SCeE e não uma análise ou juízo sobre a opinião deles.

A transcrição das entrevistas revelou-se uma fase estrutural da pesquisa, trabalhosa e simultaneamente estimulante, pela obtenção de dados sensíveis e pelas experiências relatadas durante o processo educativo da SCeE. Apresento de seguida uma figura com a

distribuição das entrevistas realizadas aos estudantes e aos professores do CLE. A identificação dos estudantes universitários entrevistados (EUE) apresenta-se codificada por números, de “1” a “12”, e a codificação dos professores universitários entrevistados (PUE) pelas letras do alfabeto, de “A” a “F”.

Quadro 2. Apresentação das entrevistas individuais realizadas aos estudantes

Estudantes entrevistados	Local da entrevista	Duração da entrevista	Dia da entrevista
EUE 1	Funchal	14 minutos	15 de janeiro
EUE 2	Funchal	16 minutos	
EUE 3	Funchal	21 minutos	
EUE 4	Funchal	22 minutos	
EUE 5	Funchal	26 minutos	
EUE 6	Funchal	11 minutos	18 de janeiro
EUE 7	Funchal	16 minutos	
EUE 8	Funchal	18 minutos	
EUE 9	Funchal	20 minutos	
EUE 10	Funchal	19 minutos	
EUE 11	Funchal	24 minutos	
EUE 12	Funchal	12 minutos	23 de janeiro

Quadro 3. Apresentação das entrevistas individuais realizadas aos professores

Professores entrevistados	Local da entrevista	Duração da entrevista	Dia da entrevista
PUE A	Funchal	20 minutos	25 de janeiro
PUE B	Funchal	32 minutos	
PUE C	Funchal	34 minutos	
PUE D	Funchal	34 minutos	
PUE E	Funchal	46 minutos	
PUE F	Funchal	36 minutos	11 de fevereiro

As entrevistas realizaram-se em média durante 30 minutos. Haveria muitas mais pessoas a entrevistar, no entanto a investigação terá de chegar a um fim e as doze entrevistas individuais aos estudantes e as seis aos professores relatam com profundidade as experiências vividas por todos os entrevistados, e permitiu obter uma vasta informação sobre o objeto em estudo.

Saliento que, durante a entrevista, procurei sempre promover um espírito de abertura à comunicação, priorizei a palavra ao entrevistado, promovi o espírito da pergunta aberta e utilizei estímulos verbais e gestuais de reforço, preservando a neutralidade individual.

4.6.2 - O *focus group* uma técnica de colheita de informação

Para além das entrevistas individuais aos estudantes e aos professores do CLE, procedemos a uma colheita de dados aos estudantes e aos enfermeiros recém-licenciados com recurso ao FG. O primeiro foi constituído pelos estudantes do CLE do 2º, 3º e 4º anos e o segundo FG por enfermeiros com experiência profissional inferior a 24 meses.

É fundamental conhecer de que forma a experiência da SCeE contribui para o desenvolvimento de competências dos Enfermeiros e, nesse sentido, a colheita de dados completos sobre o fenómeno em estudo permitiu identificar os processos educativos

desenvolvidos, assim como os que necessitam de serem explorados com profundidade. Só assim podemos identificar a natureza do fenómeno e criar oportunidades de progredir e gerar mudança. A colheita de dados sobre o processo educativo da SCeE, com recurso a um FG, permitiu uma complementaridade às informações obtidas nas entrevistas individuais, atendendo a que a partilha da opinião em grupo sobre a experiência de SCeE possibilitou adquirir mais dados e conhecer o fenómeno. Salientamos algumas divergências relevantes sobre o fenómeno em estudo entre alguns intervenientes no FG, impossíveis de serem obtidas nas entrevistas individuais, mas naturalmente profícuas.

A entrevista individual não é exclusiva para a colheita de informação e, em alguns casos, principalmente nas ciências sociais e na pesquisa em saúde, o FG tem obtido algum destaque, principalmente quando se objetiva focar a discussão num determinado foco (Bell, 2008). O FG promove uma interação entre os participantes e a partilha de opiniões de consenso ou não, no sentido de refletir sobre questões importantes sobre um determinado fenómeno. Os grupos focados são valiosos quando necessitamos de informações mais profundas, opinião também partilhada por Laws que classifica o FG como uma mais-valia na colheita da informação e, “sobre o modo de pensar das pessoas acerca de uma questão ou raciocínio sobre o porque ser como são, porque eles têm a opinião que têm” (Bell, 2008, p.140).

A técnica do FG enquadra-se na pesquisa qualitativa e é baseada numa entrevista de grupo em profundidade, tendo por objetivo colher o entendimento dos participantes sobre um fenómeno alvo de um estudo. A técnica de colheita de dados do FG teve a particularidade de fomentar a discussão dos intervenientes, desenvolvendo uma influência direta da opinião de uns para os outros, estimulados pelo moderador (Schröder & Klering, 2009). A discussão em grupo enquadrou-se no paradigma da pesquisa qualitativa e o FG como instrumento de colheita de dados foi definido pela elaboração de questões específicas a um determinado grupo de pessoas, promovendo uma discussão interativa e focalizada no objeto de estudo. É também descrito como uma discussão circunscrita entre os participantes pré-selecionados, normalmente entre seis e dez pessoas (Schröder & Klering, 2009).

O FG distingue-se dos outros métodos pelos participantes pré-selecionados possuírem experiências semelhantes e pela discussão ser focada num assunto específico e limitada no número de questões. Como nos refere Hayes citado por Bell (2008) os grupos devem ser cuidadosamente equilibrados em relação às características biográficas e ao nível de

conhecimento dos informandos. Alerta também para a possibilidade de haver elementos no FG que pretendem dominar e fazer prevalecer a sua ideia, condicionando por vezes a opinião autêntica e genuína do outro, que podem optar pelo silêncio perante a prevalência de opiniões divergentes. As características das entrevistas individuais não proporcionam a discussão de ideias, contrariamente ao FG que permite o debate sobre os vários pontos de vista de um determinado fenómeno, permitindo obter algum enriquecimento e conhecimento sobre o mesmo.

O objetivo do FG assentou em promover uma discussão ampla e explorar as várias perspetivas de todos os intervenientes sobre um objeto de estudo. Salientamos que o foco da discussão assenta com naturalidade e com valorização dos vários pontos de vista, isentos de julgamento e juízos de valor, promove-se o conhecimento e a experiência partilhada sobre a natureza e o status com que se encontra o objeto em estudo. “The essential purpose of focus group research is to identify a range of perspectives on a research topic, and to gain an understanding of the issues from the perspective of the participants themselves” (Hennink, 2014, p. 2). A particularidade fundamental do FG permitiu a obtenção de vários dados a partir de uma discussão em grupo, não acessível nas entrevistas individuais. “*Focus group* are group interview. A moderator guides the interview while a small group discusses the topics that the interviewer raises” (Morgan, 1998, p. 1).

O FG tem assumido uma importância atual como método de colheita de dados. Desenvolvido desde o século passado, tem evoluído e, atualmente, o seu campo de ação é alargado a várias disciplinas. Morgan (1996) nas pesquisas que realizou na *Sociological Abstracts*, *Psychological Abstracts* e *Social Science Citation Index* identificou o crescimento considerável do uso do FG como instrumento de colheita de dados na investigação para a educação e intervenção na saúde.

Focus group discussions emerged because researchers wanted to explore alternative interviewing techniques that would overcome the limitations of traditional one-on-one interviews. In particular, they sought to overcome the artificial nature of in-depth interviews with predetermined, closed-ended questioning, which could restrain participants responses or lead them to respond in a particular way (Hennink, 2014, p. 4).

Segundo Morgan, o FG é uma técnica de investigação para recolher dados através de um processo de interação de um determinado grupo, e assenta em três vetores essenciais: método dirigido à colheita de dados; localiza a interação na discussão do grupo como a fonte dos dados e considera o papel ativo do investigador na dinamização do grupo para a recolha de dados (Silva et al., 2014). Também Krueger e Casey (2015) reforçam a natureza do FG como método para colher dados sensíveis e pelo seu contributo para a discussão de um determinado assunto em que os participantes comungam de características comuns e relevantes.

O FG pode ser utilizado como método de colheita isolado, mas também pode ser complementado com outros métodos, nomeadamente a entrevista individual e o questionário. Silva et al. (2014) referem que, na última década do século passado, 60% da investigação realizada com o FG utilizou outros métodos em combinação, no sentido de aferir com mais pormenor o objeto em estudo. Não obstante, como salienta Morgan (1996; 1997) a confiança no foco do investigador e o nível de interação do grupo são fulcrais para potenciar sinergias e questões relacionadas com o objeto da investigação. O FG, em associação com outros métodos, potencia a oportunidade de intervir nas várias fases do projeto de investigação, nomeadamente na construção de questões alvo de atenção, na interpretação e na discussão dos dados obtidos, criando, assim, novas linhas de conhecimento (Krueger & Casey, 2009).

Silva et al. (2014) após uma pesquisa exaustiva e com referência a autores como Bloor et al. (2001), Krueger e Casey (2009) e Morgan (1998), identificaram que a implementação de um processo de FG enquadra-se em 5 fases essenciais: planeamento, preparação, moderação, análise dos dados e divulgação dos resultados.

A fase de planeamento foi essencial para colher dados e obter respostas para as questões centrais sobre o processo educativo na SCeE. O FG aplicado aos estudantes do CLE permitiu uma exaustiva informação sobre a SCeE e os relatos dessas experiências representam subsídios importantes para contribuir para o crescimento de um conhecimento significativo. Os estudantes selecionados para participarem nas entrevistas individuais não foram selecionáveis para o FG. O FG dos estudantes foi constituído por sete participantes, três estudantes do 2º ano, um estudante do 3º ano e três estudantes do 4º ano, todos inscritos no ciclo de estudos do CLE e com experiência de SCeE. Os estudantes do 1º ano do CLE não participam no FG pela falta de experiência na SCeE.

A SCeE constitui uma metodologia pedagógica para promover o desenvolvimento de competências profissionais e capacitar os Enfermeiros recém-licenciados para a resolução de problemas. Foi fundamental conhecer os contributos da SCeE nos antigos estudantes do CLE. A colheita de dados dos recém-licenciados em enfermagem permitiu conhecer as repercussões da SCeE no desenvolvimento de competências para o atual exercício profissional. A seleção para o FG foi aleatória entre os enfermeiros formados na ESS na RAM com menos de vinte e quatro meses de experiência profissional. Os elementos foram selecionados através de uma lista dos elementos formados nos últimos 24 meses. A codificação alfabética foi manuscrita num cartão, posteriormente dobrado em quatro partes e extraído de um saco opaco por uma pessoa externa ao estudo da investigação.

Todos os enfermeiros selecionados foram contactados telefonicamente e aceitaram integrar o estudo na metodologia do FG, manifestando total disponibilidade e receptividade. A seleção dos Enfermeiros para o FG teve como referência os disponíveis para a entrevista no dia 12 de fevereiro de 2024 pelas 12 horas.

Alguns enfermeiros selecionados para integrar o FG foram excluídos por indisponibilidade laboral, alguns por estarem de férias, por motivo de doença ou por estarem ausentes na RAM no dia 12 de fevereiro de 2024.

Alguns Enfermeiros recém-licenciados, inicialmente indisponíveis por razões de incompatibilidade do horário laboral, manifestaram interesse em participar no estudo e solicitaram alteração do turno na entidade patronal. Salientamos o interesse dos enfermeiros em contribuir para o conhecimento do estado da arte da SCeE. Curioso foi uma Enfermeira recém-licenciada, após o contacto telefónico para participar no estudo aceitou prontamente, que manifestou entusiasmo em participar e se voluntariou para angariar mais colegas a participar no estudo.

Após selecionados aleatoriamente os estudantes e os enfermeiros recém-licenciados, todos foram contactados telefonicamente no sentido de confirmar a disponibilidade para participarem no FG. Alguns participantes desconheciam da existência do estudo e também desconheciam a colheita de dados pelo FG. No entanto, elogiaram o teor da investigação e manifestaram total interesse em participar e em relatar as experiências que tiveram na SCeE e de que forma essas experiências contribuíram para o desenvolvimento de competências profissionais no livre exercício da profissão de enfermagem.

Após efetuar o contacto telefónico com cada participante selecionado, e obter a confirmação da participação no FG, oficializei o convite por carta individual em suporte digital a cada pessoa (estudantes e enfermeiros) com oito dias de antecedência. Reforcei a convocatória, via telefone, com dois dias de antecedência, confirmando assim a presença dos entrevistados e a garantia de participação na reunião de grupo. Todos os participantes convocados participaram assiduamente no FG. Houve também pequenos contactos prévios aos estudantes selecionados do CLE e os enfermeiros no sentido de otimizar a adesão e clarificar eventuais dúvidas sobre o processo e as fases operacionais do FG.

O início da construção do FG revelou-se uma etapa trabalhosa no campo da ação. Por um lado, a expectativa sobre o nível de adesão dos participantes no estudo e por outro lado a realização do FG como método de colheita de informação pouco utilizado no âmbito da investigação em saúde, emergindo algumas incertezas sobre o sucesso na obtenção de dados. Salientamos o reforço, como investigador, de contactar pessoalmente todos os participantes, com trinta dias de antecedência após a seleção aleatória, para abordar alguns assuntos relevantes ao processo de investigação, nomeadamente a natureza do estudo que estava a ser desenvolvido e a dinâmica que se pretendia, estabelecer com os intervenientes na reunião de grupo.

O recrutamento dos participantes foi aleatório, como referi anteriormente, no entanto foi possível conhecer nos contactos que estabeleci em sala de aula, nos estágios da prática clínica e nos contatos informais (eventos sociais), que frequentemente os estudantes e os Enfermeiros recém-licenciados emitiam opiniões frequentes sobre a SCeE no CSC e nos laboratórios, demonstrando motivação para debater as experiências de aprendizagens desenvolvidas.

A constituição do número de elementos de cada FG constitui uma etapa importante do processo, por isso o número de sete participantes utilizados por FG (estudantes do CLE e enfermeiros) foi sustentado na premissa de Morgan (1996), em que “smaller groups were more appropriate with emotionally charged topics that generated high levels of participant involvement, while larger groups worked better with more neutral topics that generated lower levels of involvement” (p. 146).

A constituição de sete pessoas por FG proporcionou um debate exaustivo sobre o tema, porque os participantes tinham algo em comum e de relevante para ser discutido, a experiência educativa na SCeE. A constituição do número de elementos para o FG não é

consensual na comunidade científica, embora haja autores que defendem que possa oscilar entre os quatro e os doze participantes, alguns autores defendem que tipicamente os grupos devem variar entre cinco e dez participantes (Krueger & Casey, 2009) ou entre seis e dez participantes (Morgan, 1996, 1998). Bloor et al. (2001) defendem os grupos entre seis e oito participantes e Morgan (1997; 1998) sublinha que, na maioria dos casos, seis participantes podem ser considerados um grupo pequeno e um grupo de dez participantes relativamente grande.

A opção de sete elementos por FG revelou-se um número ideal, permitiu a cada participante debater a sua experiência na SCeE e, atendendo à dimensão do grupo, todos os participantes respeitaram a opinião individual de cada um, no entanto houve momentos de contraditório às opiniões expressas, com respeito de parte a parte, sem ofensas nem juízos de valor e houve espaço para partilharem na discussão dados relevantes, num ambiente aberto e transparente.

A obtenção dos dados durante o FG foi estruturada à semelhança de uma estratégia de “funil” (Morgan, 1997), iniciou-se com questões mais abrangentes e com a progressão da discussão avançou-se para questões mais diretivas e específicas sobre a experiência educativa na SCeE (Krueger & Casey, 2009).

O número de elementos de cada grupo constitui uma referência central, atendendo a que os grupos relativamente pequenos permitem mais oportunidades para expressar a sua opinião, no entanto diminui a diversidade da informação. Em relação aos grupos relativamente grandes, há uma diminuição efetiva do tempo para cada participante explanar a sua opinião. Não obstante, o número idealizado de participantes para o FG pretende investigar o papel do estudante durante o processo educativo na SCeE e criar condições para conhecer com profundidade as experiências desenvolvidas.

Os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, pilar essencial para o planeamento (Silva et al., 2014), sobre as regras de participação e sobre a duração da colheita de dados. O FG aos estudantes do CLE e aos enfermeiros recém-licenciados decorreu na sala de reuniões da ESS, na RAM. Sala ampla, com excelente acessibilidade, espaço físico com capacidade para receber todos os participantes inscritos, acessível, confortável, com boa luminosidade e com características físicas de isolamento e acústica para salvaguardar a confidencialidade da informação gerada no FG (Morgan, 1998).

A informação obtida no FG foi registada por gravação áudio, após consentimento livre dos participantes, com recurso a um dispositivo portátil com gravador incorporado e um microfone de alta-definição. A presença de um dispositivo de gravação, embora considerado por Amado e Ferreira (2014) como um instrumento que possa causar alguma inibição ou perturbação, foi consentida livremente pelos intervenientes, que autorizaram a gravação no dispositivo eletrónico. As informações obtidas por gravador áudio foram codificadas e armazenadas em ficheiro encriptado, salvaguardando o sigilo da informação colhida. Todos os participantes foram encorajados a um compromisso de sigilo absoluto por toda a informação colhida e partilhada na sessão FG.

A qualidade da gravação áudio e os equipamentos multimédia desde 1970 têm evoluído ao longo dos tempos (Bloor et al., 2001). A gravação do FG foi realizada por um gravador portátil fabricado no ano 2022, com recurso a um microfone com capacidade de captação de som com dois metros de diâmetro, criando condições para garantir a qualidade perceptível do conteúdo da entrevista e permitir uma transcrição completa e real dos conteúdos debatidos. O gravador e o microfone foram colocados no centro de uma mesa-redonda, com menos de dois metros de diâmetro, de modo a garantir o registo verbal adequado de todos os membros do grupo. Foi atribuída uma codificação a cada interveniente do grupo com as letras da sequência do alfabeto de “A” a “S”. Para identificar o registo verbal do interveniente, o investigador e o moderador anunciou verbalmente a codificação do participante antes de intervir no grupo de discussão.

A qualidade do áudio e da acústica da sala do FG foi testada antes da gravação e foram eliminados todos os objetos adjacentes existentes em redor do ambiente que poderiam causar algum tipo de ruído extra com interferência na qualidade da gravação. O uso da gravação áudio constituiu um registo fidedigno dos conteúdos abordados na reunião de grupo. A gravação representa a principal estrutura básica para transcrever as entrevistas, atendendo a algumas incorreções que possam ocorrer na transcrição manual, por vezes imprecisa e seletiva.

Durante o processo de colheita de informação, tratei os participantes com respeito, promovi conforto e segurança para falarem sobre o tema, assegurei a privacidade com a codificação da identidade do entrevistado e informei que as informações gravadas seriam arquivadas numa pasta encriptada e indisponível para consulta de utilizadores.

Foi elaborado um guião semiestruturado, idêntico ao guião utilizado nas entrevistas individuais, fundamentado no suporte teórico sobre o processo educativo da SCeE. A mediação do FG foi operacionalizada pelo investigador com o objetivo de obter uma opinião exaustiva de todos os participantes sobre o fenómeno em estudo. A elaboração de um guião do FG teve como estrutura base a caracterização da SCeE, a caracterização da prática clínica simulada, a inovação educativa, os projetos de SCeE, as parcerias e o desenvolvimento da investigação no sentido de conhecer a temática em estudo com profundidade. As questões abordadas na reunião tiveram como suporte uma linguagem acessível e do conhecimento técnico dos entrevistados. Promoveu-se também um ambiente físico agradável, aberto à partilha e à expressão das opiniões e sentimentos isentos de juízos. Na fase inicial do FG procedeu-se a uma apresentação simples sobre os principais objetivos da investigação.

O guião do *focus group* iniciou-se com referência ao contexto da reunião, nomeadamente os objetivos e os contributos que o FG tem para obtenção de dados e foi confirmado o consentimento para a participação de todos na reunião. As questões centrais do estudo pretendeu conhecer a opinião dos participantes sobre a SCeE, nomeadamente o conceito de SCeE, a descrição dos ambientes da SCeE, o papel que exercem os simuladores no desenvolvimento de competências, as experiências desenvolvidas na SCeE, a relação da experiência da SCeE com os modelos de simulação, como descrevem as várias fases do processo da SCeE e como aludem à inovação e à investigação na área da SCeE. O guião orientador revelou-se um instrumento importante para mediar a reunião, sem impedir a liberdade natural de qualquer entrevistado emitir a sua opinião (Silva et al., 2014).

Foi a primeira experiência de participação num FG, manifestada por todos os participantes e, naturalmente, na fase inicial da reunião dominou algum receio em falar abertamente sobre o tema, só os entrevistados mais ativos e dominadores emitiam opiniões regularmente. Senti a necessidade de mobilizar a participação homogénea de todos os elementos do grupo e, como mediador, utilizei questões abertas e pré-elaboradas direcionadas para todos os participantes, com suporte a palavras-chave sobre a experiência pessoal que tiveram na SCeE. Após esta intervenção, notou-se uma progressiva envolvimento de todos, emergindo naturalmente várias informações fundamentais para o estudo, curiosamente relatadas pelos participantes menos ativos inicialmente. A moderação representa uma fase essencial do processo do FG (Krueger & Casey, 2009).

O tempo de duração de cada FG foi cerca de sessenta minutos, tempo adequado para criar condições de dinâmica de grupo conducentes com a promoção de uma autorrevelação entre os participantes, dado que terminada a reunião nenhum participante solicitou mais tempo para acrescentar mais dados à entrevista. Independentemente do tempo estabelecido para a reunião de grupo, é fundamental disponibilizar espaço para promover a escuta ativa e criar condições para a livre expressão do participante, isenta de juízos de valores e focado na ação de pontos essenciais à discussão.

Como moderador do FG tive sempre a preocupação de escutar atentamente tudo o que foi dito pelos participantes, falar somente o essencial para mediar o processo da reunião e absteve-me de emitir qualquer ponto de vista sobre a temática em estudo.

Durante o FG mantive sempre o tema da SCeE como foco central, promovi a dinâmica de participação e a discussão de todos, mantive a isenção e a neutralidade de preferência de comentários e opiniões e elenquei os principais focos de discussão de cada resposta/opinião com uma pequena síntese (Amado & Ferreira, 2014). No final da sessão FG, registei um clima aparente de boa disposição, expressão facial alegre entre todos os participantes que manifestaram o sentimento de que valeu a pena o debate. Vários participantes manifestaram a necessidade de haver mais momentos de reflexão sobre a SCeE e dois participantes mencionaram que há muita coisa a fazer para melhorar a SCeE. Destacaram também a experiência do FG positiva e geradora de uma aprendizagem significativa, pelo espaço criado para discutir e refletir em grupo.

Como investigador medie o FG e todo o processo de colheita de informação, por considerar ser a pessoa mais bem preparada para conduzir a reunião em convergência com os objetivos que se pretende estudar, embora alguns estudos documentem que o processo poderia ser liderado por um investigador “indígena”, desde que em estreita colaboração com o investigador académico.

Seguidamente apresentarei o quadro 4 a documentar a codificação dos participantes atribuída com as letras do alfabético de “A” a “G” referente aos estudantes do CLE e o quadro 5 de “I” a “S” referente aos enfermeiros recém-licenciados.

Quadro 4. Apresentação do *focus group* realizado com os estudantes do CLE

FG Estudantes			
Participante	Local da entrevista	Duração da Entrevista	Dia da entrevista de grupo
EUE A	ESS Funchal	60 minutos	02 de fevereiro
EUE B			
EUE C			
EUE D			
EUE E			
EUE F			
EUE G			

Quadro 5. Apresentação do *focus group* realizado com os Enfermeiros recém-licenciados

FG Enfermeiros			
Participante	Local da entrevista	Duração FG	Dia da entrevista de grupo
Enfermeiro I	ESS Funchal	63 minutos	12 de fevereiro
Enfermeiro H			
Enfermeiro J			
Enfermeiro N			
Enfermeiro O			
Enfermeiro R			
Enfermeiro S			

4.7 - A Categorização

O estudo de caso constitui uma investigação completa e inclusiva, que permite um estudo aprofundado com base em fontes de informação específica, assumindo-se como um método de investigação estrutural para conhecer um fenómeno em profundidade. Assim, torna-se fundamental construir instrumentos de colheita de dados objetivos e orientadores para o que é pretendido colher.

Numa análise crítica abrangente dos documentos consultados e estudos desenvolvidos sobre a SCeE (Martins et al., 2018; Jeffries et al., 2015; Cowperthwait, 2020), elaborámos um guião estruturado para obter os dados necessários para conhecer em profundidade o processo educativo da SCeE.

A antecipação da categorização do objeto em estudo, fundamentada na pesquisa e no enquadramento teórico sobre o processo da SCeE, permitiu criar um suporte científico que contribuiu para a obtenção de dados objetivos sobre a Educação em Enfermagem no ambiente da SCeE. A elaboração de um guião semiestruturado para as entrevistas individuais e para o FG criou condições para obter dados que emergiram naturalmente para serem analisados, arrumados e tratados (Bardin, 1977).

“A categorização é uma operação de classificar elementos construtivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos” (Bardin, 1977, p. 117), ou seja, um processo de classificação e de inventariação. A categoria representa uma unidade de registo identificado com um título genérico, agrupando vários elementos representativos dessa unidade de registo. A subcategoria surge diretamente relacionada com a categoria, embora com um grupo de elementos mais fechado.

Os dados foram construídos em interação com os intervenientes em estudo e a recolha de dados da literatura sobre a SCeE conduziu à definição de categorias em consonância com a ação da investigação, ou seja, as categorias como unidades de registo surgiram genericamente e foram agrupadas em elementos comuns e as subcategorias diretamente relacionadas como subsistema. De facto, foi prudente definir algumas categorias orientadoras do estudo devidamente fundamentadas nos resultados da investigação desenvolvida (estado da arte), no entanto a antevisão categorial sofreu algumas

atualizações de acordo com os resultados do trabalho na ação e na análise de conteúdo, nomeadamente na fase da pré-análise, após a organização e exploração do material colhido, a definição das unidades de enumeração, a inferência e a interpretação dos dados (Bardin, 1977).

A previsão das categorias teve por base alguns fundamentos descritivos dos modelos publicados pela literatura, orientados para o desenvolvimento da SC em alguns ambientes de aprendizagem (Cowperthwait, 2020; Jeffries et al., 2015; Martins et al., 2018). Algumas categorias emergiram dos dados colhidos na investigação, permitindo uma sistematização, organização e análise dos dados. A categorização representou um processo estrutural suportado em duas etapas essenciais: o inventário (isolar os elementos) e a classificação (reorganização dos elementos), que permitiram uma representação simplificada dos dados brutos e uma reorganização sem desvios, dando a conhecer os índices invisíveis dos dados brutos (Bardin, 1977).

Como documenta Bardin (1977) a elaboração das categorias permitiu a exclusão mútua, a homogeneidade dos dados, a pertinência, a objetividade, a fidelidade e a produtividade. A exclusão mútua condicionou cada categoria a existir numa só divisão. A homogeneidade assentou que um conjunto categorial só pode funcionar com um registo e com uma dimensão de análise. A pertinência elencou que a categoria está adaptada ao material de análise escolhido e em convergência com o quadro teórico. A categorização teve como objetivo fundamental condensar a informação numa representação simplificada, que sob um título genérico foram agrupados em função dos elementos comuns e as subcategorias regeram-se diretamente da categoria.

A elaboração de um guião para a entrevista constituiu um procedimento que gerou alguma incerteza sobre as questões pré-elaboradas para obter uma colheita de dados adequada. Havia também a incerteza sobre que postura adotar como entrevistador para permitir aos entrevistados a expressão livre da sua opinião sobre o fenómeno em estudo. No sentido de minimizar limitações e identificar potencialidades de melhoria no guião da entrevista, realizei um pré-teste a uma estudante que frequenta o CLE diferente da escola em estudo e a um professor que leciona na Licenciatura em Enfermagem e orienta práticas educativas na SCeE. O objetivo do pré-teste, prática corrente nos estudos quantitativos, permitiu clarificar algumas questões relacionadas com a inovação na SCeE e adequar a comunicação verbal com discurso mais empático e com maior abertura para permitir a espontaneidade natural e genuína nas respostas dos entrevistados. Por outro lado, também

possibilitou uma análise detalhada de possíveis condutas inadequadas, e suscetíveis de mudança, e permitiu também um treino consistente do guião, no sentido de aprimorar uma conduta assertiva, otimizando uma colheita de informação adequada e fidedigna.

Apresentamos anteriormente no quadro nº 1 a representação das categorias e subcategorias definidas para as respetivas entrevistas e FG, assim como uma breve descrição de cada categoria e subcategoria. A organização esquemática permitiu relacionar dados obtidos pelos intervenientes do processo de simulação, emergindo dados fundamentais aquando do processo de triangulação.

Relativamente à dimensão da SCeE foi identificada à priori várias categorias e subcategorias baseadas nas premissas descritas no modelo de simulação de Jeffries et al. (2015), na atualização do modelo de simulação clínica desenvolvida por Cowperthwait (2020) com a inclusão da figura do participante simulado, na descrição da SC documentada por Martins et al. (2018) e pelas orientações descritas pela *International Association for Clinical Simulation and Learning* (INACSL).

Nas entrevistas individuais e no FG elaborei uma análise descritiva na vertical, no sentido de conhecer a experiência individual de cada participante e, simultaneamente, permitir obter uma análise mais holística e global do fenómeno. Elaborei também uma observação horizontal para compreender a opinião de cada entrevistado sobre uma determinada categoria ou subcategoria.

4.8 - Análise e interpretação dos dados

A colheita de dados foi obtida através das entrevistas individuais realizadas aos estudantes e aos professores do CLE e o FG aos estudantes da ESS da RAM e aos enfermeiros recém-licenciados como menos de 24 meses de experiência profissionais.

A colheita de dados deverá prevalecer em alguns pressupostos fundamentais: utilizar várias fontes de evidência, criar um banco de dados para o estudo de caso, manter o encadeamento das evidências e o cuidado relevante com as fontes eletrónicas. Se temos como foco de atenção analisar o fenómeno sobre o processo educativo da SCeE, torna-se essencial utilizar várias fontes de informação. Na verdade, as evidências recomendam uma ampla variedade de fontes de informação, admitindo com isso uma discussão ampla com

recurso à “triangulação” (Yin, 2015). A triangulação possibilita uma interpretação diversificada de comportamentos e atitudes para melhor compreensão do fenómeno.

As entrevistas individuais realizadas aos estudantes e aos professores permitiram conhecer a experiência educativa que emerge na SCeE, nomeadamente os contributos do CSC e os laboratórios das práticas simuladas no ambiente académico. Em relação à informação colhida no FG aos enfermeiros, permitiu conhecer os contributos da SCeE para o desenvolvimento de competências profissionais compatíveis com os desafios no atual contexto de trabalho. O FG aos estudantes também foi importante para identificar as experiências educativas nos diferentes anos letivos e de que forma confluíram com as expectativas dos estudantes para a obtenção de uma aprendizagem significativa.

4.8.1 - Análise de conteúdo

Após a transcrição dos dados obtidos pelo investigador, sejam eles de carácter físico, sensorial, reflexões e pontos de vista, o material deverá ser alvo de um processo analítico e descritivo (Bogdan & Biklen, 1994). Uma das técnicas do tratamento de dados é a análise de conteúdo. Aparentemente tanto a linguística como a análise de conteúdo têm um objeto comum, a linguagem. Ao estudar o fenómeno linguístico com profundidade, verificamos que na verdade existe uma distinção clara entre os conceitos da linguística e da palavra, como nos refere Saussure citado por Bardin (1977) “o objeto da linguística é a língua, enquanto o da análise de conteúdo é a Palavra, isto é, o aspeto individual e atual da linguagem” (p. 43).

A aplicação da análise de conteúdo requer conhecimento sobre as diferentes etapas na sua aplicação. Como nos refere Bardin (2011), constitui uma aplicação que procura descrever o conteúdo extraído das comunicações e a sua interpretação. Assim, as diferentes fases da análise de conteúdo organizaram-se em torno de referências cronológicas: a pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (Bardin, 1977; 2011).

Assim numa primeira fase, após o primeiro contacto, foi definida a técnica de colheita de dados (entrevista individual e FG) e identificámos, seleccionámos os informantes e definimos critérios de participação no estudo. As transcrições das entrevistas constituíram

um foco essencial do estudo e o critério das categorias emergiram nesta fase em consonância com as proposições teóricas.

A **pré-análise** constitui, assim, a fase da organização propriamente dita, tem por objetivo tornar operacional e sistematizar as ideias iniciais, de forma a conduzir um esquema preciso do desenvolvimento das operações num plano de análise. Constituiu uma fase fundamental do processo, atendendo a que criou condições a uma escolha adequada das referências descritivas obtidas nas entrevistas. A pré-análise teve por objetivo a organização, embora ela própria seja composta por atividades não estruturadas, abertas e expostas à exploração. É nesta fase que se estabelece a primeira ligação com os dados obtidos e alvo de análise, classificada por Bardin (1977; 2011) como leitura flutuante, constituindo uma fase de leitura e de compreensão no sentido de tornar a leitura mais precisa em função dos objetivos delineados para o objeto de estudo.

No desenvolvimento desta fase, seleccionámos a técnica de colheita de dados, definimos categorias a partir de proposições teóricas, criámos codificação para localizar as unidades de registo nas entrevistas, seleccionámos os informantes e definimos critérios de participação, elaborámos um guião das entrevistas e FG, elaborámos um documento com informação detalhada sobre a investigação associado ao consentimento informado e ainda o pedido de parecer à comissão de ética da UMa (CEUMa).

A exploração do material representa a transcrição das entrevistas e a identificação das unidades de registo obtidas nas entrevistas e no FG, que permitiu o tratamento dos resultados com recurso à inferência e à interpretação (Amado, 2014). As entrevistas realizadas foram áudio-gravadas e o conteúdo transcrito para um documento em formato *Word*. Procedemos à identificação das unidades de registo isolando e classificando os elementos essenciais, simplificada dos dados brutos, com recurso à elaboração de quadros.

A exploração do material e o tratamento dos resultados definem as unidades de codificação através dos procedimentos de codificação. A organização da codificação segundo Bardin (1977) compreende três escolhas: o recorte (escolha das unidades), a enumeração (escolha das regras de contagem), a classificação e a agregação (escolhas de categorias). Tratar do material é codificá-lo, transformando-o segundo as regras precisas de agregação e enumeração dos dados, ou seja, permitir uma representação do conteúdo para uma análise estruturalmente convergente com o objeto alvo do estudo da investigação (Bardin, 1977).

O critério da categorização pode ser semântico em categorias temáticas ou sintático pela convergência dos verbos e adjetivos. A análise do conteúdo fornece informações suplementares a uma mensagem, no sentido de desejar distanciar-se para saber mais sobre o texto e criar polos de atração para saber sobre quem, o quê, o porquê, ou seja, cria polos de atração da análise de conteúdo (Bardin, 1977).

A **inferência e a interpretação** surgem assim como um instrumento de trabalho para interpretar os resultados obtidos através dos seus elementos constitutivos clássicos da comunicação: a) o emissor ou produtor de mensagem (indivíduo ou grupo de indivíduos emissores); b) o recetor (indivíduo ou grupo de indivíduos); c) a mensagem (material como ponte de partida e o indicador sem a qual a análise de conteúdo não seria possível; d) o medium como canal de transporte da mensagem alvo e foco do estudo de investigação.

Como nos refere Bardin (1977) a análise de conteúdo constitui um instrumento profundo para investigar as causas (variáveis inferidas) a partir dos efeitos (variáveis de inferência ou indicadores). Os indicadores e inferências podem ser de natureza muito diversa, complexa e condicionada pela variedade linguística entre a semântica e a sintaxe na descoberta das características do ser humano e na transmissão dos conteúdos linguísticos, alvo de estudo da investigação. A necessidade de analisar o conteúdo linguístico como foco de atenção, constitui um desafio profundo, complexo e estruturante para aferir os focos de atenção que são relevantes e necessários para a compreensão dos objetivos da investigação em curso (Bardin, 1977). Assim, a hermenêutica permite destacar dados significativos e alvos da atenção do investigador, conteúdos latentes e complementares para tornar a informação mais completa e genuína. A fase da análise dos dados obtidos desenvolveu-se na transcrição detalhada da gravação das entrevistas individuais e do FG e transmitiu a opinião expressa dos entrevistados sobre o que aconteceu. O tratamento dos dados permitiu obter significados a partir da interpretação e discussão dos resultados com recurso à triangulação e à elaboração de inferências.

4.9 - Questões Éticas no Processo de Investigação

Toda a informação que emerge no contexto natural da investigação, assim como a relação da pessoa com o investigado, pode suscitar questões do foro ético, sendo basilar atender aos direitos fundamentais associados a uma investigação (Fortin, 1996).

“Há um grande consenso de que a pesquisa deve fazer as coisas funcionarem melhor e, menos consenso de que os pesquisadores devem utilizar sua pesquisa para defender soluções particulares” (Stake, 2011, p. 218), não obstante, a ética na investigação implementa uma estratégia fundamental como “ciência da moral e a arte de dirigir a conduta” (Fortin, 1996, p. 114). Nesse sentido, enlocamos também aos princípios fundamentais da investigação, defendida por Bogdan e Biklen (1994), sobre o direito à autodeterminação, direito à intimidade, direito ao anonimato, confidencialidade, direito à proteção contra o desconforto e o direito a um tratamento justo e equitativo.

Uma preocupação sensível no desenvolvimento de estudos de investigação visa pela busca da explicação e da compreensão de forma objetiva e imparcial. A pesquisa genuína deve ser livre na ação dos seus valores (Stake, 2011). No entanto, muitos autores colocam à reflexão a dificuldade de alguns investigadores sociais em se abstrair dos seus valores pessoais, atendendo a que além de investigadores são seres humanos complexos. É fundamental garantir que as percepções e os valores do investigador não interferem na interpretação dos resultados da investigação.

A proteção dos sujeitos assume-se como designo fundamental, e é crucial garantir que os estudos não tenham ações de prejudicar as pessoas no seu bem-estar. Stake (2011) coloca à discussão os comitês de ética, que funcionam de forma diferente em vários países, embora uniformizados nos Estados Unidos, têm-se demonstrado limitados na pesquisa qualitativa ao nível da proteção dos sujeitos. A exposição das pessoas é sempre um cuidado especial a ter em conta. Nenhum estudo pode colocar o seu objeto à frente do nobre valor da proteção e da confidencialidade da pessoa, inserida no seu contexto histórico socio cultural.

No decurso das atividades desenvolvidas no processo de investigação, como referência sobre os padrões éticos na tomada de decisão e esclarecida, com os intervenientes no processo de investigação, tivemos com referência a Carta de Ética proposta pela Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação (SPCE, 2020). A carta da Ética da SPCE emana uma série de recomendações internacionais e nacionais sobre ética e a investigação científica na sua relação com: os participantes; a comunidade dos investigadores; os promotores; os estudantes; os profissionais da educação; as comunidades e a sociedade em geral (Baptista et al., 2021).

Os comitês de ética podem variar de país para país, mas uma cultura de procedimentos adequados para a condução de pesquisas que envolvem a condição humana, parece ser

consensual. O termo consentimento livre e esclarecido requereu a liberdade da pessoa decidir participar com a garantia de privacidade e anonimato. Stake (2011) considera até que o “anonimato é uma proteção fraca” (p. 225), defende que a forma de respeitar a privacidade é abstrair-se de colher dados particulares. “O pesquisador não deve solicitar informações pessoais que não estejam intimamente relacionados como o foco de pesquisa” (Stake, 2011, p. 226). Nesse sentido, durante a colheita de dados como investigador delimitei a obtenção de informações da esfera privada da pessoa e limitei o campo de ação aos dados necessários para o objeto em estudo.

Foram respeitadas as matrizes fundamentais da Declaração de Helsínquia da União Europeia, do Regulamento Geral da Proteção de Dados, WHO e a legislação sobre os estudos que envolvem seres humanos. Salientamos o regulamento do Centro de Investigação em Educação da UMa (CIE-UMa), *European Code of Conduct for Research Integrity* (Artigo 20º), Código de Conduta da UMa e a obtenção do parecer favorável da proteção de dados da UMa (Anexo I)

O acesso para desenvolver o estudo de investigação foi concedido pela UMa, no entanto, aferi sempre a disposição de cada pessoa participar livremente com proteção legítima dos seus dados, assim como a livre desistência em qualquer etapa do processo. É fundamental criar um ambiente confiável, descontraído e não sobrecarregar os participantes. A exposição das pessoas constitui um foco de preocupação do investigador, assim como os dados sensíveis e as informações pessoais da comunidade que estuda (Stake, 2011).

Atendendo ao foco em estudo, foi pedida autorização para desenvolver a investigação numa ESS da RAM (Apêndice 10). Por outro lado, o trabalho enquadra-se no âmbito da investigação académica, e nesse sentido foi emitida uma declaração do orientador/supervisor científico (Anexo 3) assegurando o compromisso e disponibilidade de orientação científica no processo de construção da investigação. Para a colheita de dados foi facultado ao participante um documento detalhado sobre a informação do estudo e solicitado a assinatura do consentimento informado (Rodrigues, 2023) segundo a minuta do CEUMa (Apêndice 11), livre de participação. A participação no estudo foi a título gratuito e não envolveu qualquer custo associado ao processo de investigação.

A identidade das pessoas foi alvo de uma codificação com letras e números e, atendendo ao número de entrevistados, foi garantido o anonimato e confidencialidade dos dados emitidos. No início da colheita de dados, aquando da gravação, disponibilizámos tempo

para os entrevistados exporem alguns pontos de vista, ou questionar sobre algum assunto relacionado com o processo de investigação, assim como verbalizar a sua participação livre e voluntária.

Os registos das entrevistas foram efetuados com recurso ao gravador áudio do telemóvel com microfone externo de captação de som em 360 graus, e posteriormente transferido para o computador pessoal do investigador com password de utilizador e em ficheiro encriptado, com acesso exclusivo para o investigador. Os consentimentos e os documentos em formato de papel relacionados com o processo de investigação encontram-se acondicionados num cofre fechado no gabinete de trabalho da residência do investigador.

Após o termo da investigação, toda a informação permanecerá guardada durante um período de 24 meses, sendo posteriormente destruída, ou seja, os ficheiros informáticos e áudio serão eliminados, e os documentos em formato de papel triturados em máquina própria, dado seguimento à Lei n.º 58/2019 que assegura a execução, na ordem jurídica nacional, do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados.

A relação com os participantes da investigação desenvolveu-se num espírito de respeito e dignidade no seu meio e em conformidade com os princípios consagrados na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), promovendo uma investigação livre e progressista no seu campo de ação.

Não obstante, o investigador também tem o papel científico, profissional e social para com a comunidade onde está inserido, nomeadamente na vitalização das práticas de investigação e permitir que o conhecimento produzido, no âmbito da área de especialização, possa ser utilizado em prol do bem comum (SPCE, 2020). Assim, a 17 de fevereiro de 2022 apresentamos a comunicação “Simulação Clínica em Enfermagem: Inovar para Melhores Cuidados `Comunidade”, promovido pelo Centro de Investigação em Educação, da UMa, com a preocupação de integrar novas estratégias pedagógicas na SC (Freitas & Ribeiro, 2022; Freitas et al., 2022). No âmbito do XVIII Colóquio CIE-UMa “Lições da Pandemia”, período particularmente complexo, após uma pandemia que criou restrições ao nível da educação, apresentámos uma comunicação em oficina “Simulação clínica, um desafio atual”, onde promovemos uma reflexão sobre as restrições da educação

na pandemia e as estratégias adotadas para ultrapassar essas dificuldades (Ribeiro & Correia, 2022).

No V Congresso Nacional de Educação para a Saúde, apresentámos o projeto sobre o “Processo Educativo da Simulação Clínica em Enfermagem” com a preocupação de conhecer a natureza do processo educativo dos estudantes na experiência da SCeE (Ribeiro & Correia, 2023a; 2023b).

Na ótica do perfil do professor, que assume uma relevância na condução do processo educativo na SCeE, apresentámos no XIX Colóquio do CIE-UMa “Formação de Professores: Contributos da Investigação” a comunicação “Simulação Clínica em Enfermagem – desafios para o professor”, na perspetiva de fortalecer pontos estruturais de mediação do processo educativo em simulação (Ribeiro & Correia, 2023c).

PARTE III
APRESENTAÇÃO DOS DADOS

5 – Apresentação dos dados

Com a aplicação das entrevistas individuais aos estudantes e aos professores e a realização do FG aos estudantes e aos enfermeiros recém-licenciados, obtivemos dados fundamentais para uma análise exaustiva do objeto em estudo. Emergiram dados fundamentais para compreender o processo educativo da SCeE. Assim, no sentido de apresentar os dados de uma forma organizada, primeiramente apresentamos uma síntese da análise de conteúdo das entrevistas individuais dos estudantes e dos professores, seguido de um relato das conclusões obtidas nessa síntese.

Em relação ao FG, e à semelhança das entrevistas individuais, apresentamos uma síntese da análise de conteúdo dos estudantes e dos enfermeiros, seguido de uma análise das conclusões colhidas no FG entre os estudantes e os enfermeiros. Optámos por esta apresentação, no sentido de analisar com maior precisão o fenómeno em estudo e identificar a opinião dos entrevistados durante as entrevistas individuais e a discussão por FG.

5.1 - Síntese da análise de conteúdo dos estudantes nas entrevistas individuais

Após a transcrição completa das entrevistas efetuadas aos estudantes do 2º, 3º e 4 anos do CLE, procedemos a uma análise completa dos dados obtidos. Na transcrição das entrevistas, não efetuamos a correção gramatical, no sentido de manter a originalidade do conteúdo fornecido pelos entrevistados.

Atendendo à dimensão do trabalho escrito, optámos por organizar um quadro da análise de conteúdo para cada categoria e/ou subcategoria, apresentado no Apêndice 3 do presente trabalho.

Seguidamente apresentaremos uma síntese da análise dos dados obtidos em cada categoria e subcategoria, que poderá ser complementada com a informação obtida no Apêndice 2, referente à transcrição das entrevistas individuais aos estudantes e no Apêndice 3, referente à análise de conteúdo das mesmas.

A - Caraterização do entrevistado

A caraterização da amostra constitui uma etapa importante do estudo de investigação, atendendo a que permite conhecer o perfil do entrevistado, agente ativo de informação significativa. Para melhor orientação do estudo, aos estudantes entrevistados foram atribuídos uma codificação de EUE (estudante universitário entrevistado), associado a um valor numérico de 1 até 12. O número 12 representa o total dos estudantes que foram entrevistados individualmente.

Quadro 6. Identidade de género dos estudantes entrevistados

	Masculino	Feminino
Nº de EUE (1 a 12)	1	11

Nota. A tabela demonstra que a maioria dos estudantes universitários entrevistados (EUE) identificam-se como género feminino e um estudante como género masculino.

Quadro 7. Classe etária dos estudantes entrevistados

Classe etária	20 – 24 anos	25 – 29 anos	30 a 34 anos	Maior 35 anos
Nº de EUE (1 a 12)	8	3	0	1

Nota. A faixa etária predominante situa-se entre os 21 e 24 anos, três estudantes entre os 25 e 29 anos e uma estudante com idade superior a 45 anos.

Quadro 8. Contexto profissional dos estudantes

	Estudante	Estudante trabalhadora
Nº de EUE (1 a 12)	11	1

Nota. A grande maioria dos estudantes encontram-se em dedicação exclusiva e somente uma EUE é trabalhadora-estudante.

Quadro 9. Local de residência dos estudantes

	Concelho do Funchal	Outro
Nº de EUE (1 a 12)	11	0

Nota. Todos os EUE residem no concelho do Funchal.

Quadro 10. Percurso académico dos estudantes

	12º ano	1º ciclo de estudos	2º ciclo de estudos	3º ciclo de estudos
Nº de EUE (1 a 12)	9	2	1	0

Nota. O 12º ano representa a habilitação académica predominante, dois estudantes com licenciatura numa área do conhecimento diferente da enfermagem e uma estudante com habilitação académica de Mestrado. Os estudantes com o grau académico de licenciado, identificam a profissão de enfermagem como uma arte do cuidar, que ambicionavam adquirir há algum tempo e salientam maior probabilidade de sucesso na empregabilidade da profissão de Enfermagem.

B1 - Conceito da SCeE

A simulação clínica assume-se como um instrumento fundamental para promover experiências de aprendizagem e para estimular o desenvolvimento de competências profissionais capazes de responder aos problemas da prática clínica. Os entrevistados identificam o conceito da simulação como uma etapa importante para preparar os estudantes para os estágios desenvolvidos no CLE, descrevem que o uso de tecnologia computadorizada avançada com SiAF permite um contato com uma determinada realidade. A EUE 8 (Apêndice 3) salienta a SCeE como um espaço para praticar aquilo que aprendem na teoria e a EUE 11 (Apêndice 3) identifica a simulação como uma “mais-valia”, atendendo a que permite cultivar uma prática semelhante ao evento real. A EUE 10 (Apêndice 3) classifica a SCeE como uma atividade complexa, devido à variedade dos temas que são abordados e também pela prontidão do estudante ser estimulado a uma resposta eficaz para resolver os casos clínicos.

A EUE 7 (Apêndice 3) refere-se à SCeE como uma estratégia importante para consolidar a prática com os conteúdos teóricos. A EUE 3 (Apêndice 3) reforça a importância da SCeE associando a vertente lúdica e realista e que a mesma deveria ser utilizada assiduamente

nos contextos laboratoriais académicos. No entanto, o EUE 4 (Apêndice 3), apesar de manifestar que a prática educativa na SCeE permite o desenvolvimento do ensino, da aprendizagem e das habilidades técnicas, manifesta que a expectativa foi defraudada e que esperava uma experiência inesquecível, o que não correspondeu.

A EUE 9 (Apêndice 3) identifica a simulação como uma etapa essencial e considera que a ajudou a ter uma noção real da prestação de cuidados de enfermagem. Opinião também partilhada pela EUE 12 (Apêndice 3), fazendo alusão ao erro clínico, experienciado muitas vezes na SCeE como um fator de aprendizagem e de consolidação do conhecimento.

Salientamos que a maioria dos estudantes identificou a SCeE como um momento de avaliação e de pressão e, em consequência, relatam vários momentos com falhas ao nível do raciocínio e da capacidade em dar resposta aos problemas identificados. A EUE 1 (Apêndice 3) refere que é um momento de “muita pressão”, a EUE 2 (Apêndice 3) diz que “ficamos muito nervosas”, a EUE 5 (Apêndice 3) refere que antes da simulação ficam “preocupados e ansiosos” e a EUE 10 (Apêndice 3) fala da simulação como uma “atividade difícil”.

B2 - Ambiente de SCeE

A SCeE assume-se como uma ferramenta estrutural para o treino de competências em ambiente controlado e seguro. Nesse sentido, existem vários tipos de ambientes para a simulação equipados com vários simuladores de níveis de fidelidade alta, média e baixa, simulação virtual, simulação baseada em cenários e simulação *in situ*.

A maioria dos estudantes identificou o ambiente de simulação de alta e média fidelidade em contexto de laboratório no CSC, não havendo referência à simulação virtual, à simulação baseada em cenários e à simulação *in situ*. Os estudantes reconhecem o ambiente no CSC fundamental e propício ao desenvolvimento de competências clínicas de enfermagem.

Em relação à simulação de alta-fidelidade, descrita pela maioria dos estudantes, esta constitui um ambiente propício à prática clínica, no entanto alguns estudantes salientam a falta de alguns materiais essenciais, razão pela qual muitas vezes é solicitado que recorram à imaginação de alguns materiais, condicionando o realismo da simulação.

Identificam limitações de alguns simuladores, mas valorizam o papel do Enfermeiro mediador do CSC, sempre preocupado em tentar compensar as respostas não obtidas pelo estudante na SCeE. A EUE 5 (Apêndice 3) identifica o ambiente de simulação bem preparado para responder às necessidades dos estudantes, com materiais necessários e úteis, que guiado por um Enfermeiro(a) (mediador da aprendizagem) ajuda os estudantes a obterem respostas às necessidades educativas.

A EUE 7 (Apêndice 3) refere que o ambiente de simulação tem tudo o que é necessário e a EUE 8 (Apêndice 3) descreve a SCeE como um ambiente ótimo ao nível da comunicação, interajuda e interação ativa com todos os intervenientes. No entanto, a EUE 9 (Apêndice 3) salienta que ficou bloqueada com o ambiente do CSC, pelo realismo do ambiente e dos simuladores, o que a deixou em alerta.

A EUE 11 (Apêndice 3) também identifica que o ambiente do CSC a deixou nervosa, pelo realismo e pela interação que tinha de estabelecer com o simulador. Salienta também a mais-valia do ambiente do CSC e o desempenho dos SiAF para desenvolver o espírito crítico, raciocínio clínico e autonomia na ação profissional.

A EUE 12 (Apêndice 3) relata o ambiente do CSC com SiAF propício ao treino de competências, contrastando com os ambientes no domicílio e nos laboratórios académicos de baixa fidelidade. A EUE 3 (Apêndice 3) identifica o desenvolvimento da SCeE em ambiente de alta-fidelidade como um ambiente real. A EUE 2 (Apêndice 3) descreve o ambiente como bem conseguido e por se assemelhar muito à prática clínica real.

Alguns estudantes referem que conheceram à priori o laboratório de alta-fidelidade com recurso a uma apresentação em formato digital, no entanto não foi esclarecedor atendendo a que foi durante a prática da SCeE que tiveram um conhecimento mais preciso sobre as condições e sobre as potencialidades do CSC de alta-fidelidade.

B3 - Características dos simuladores

A maioria dos estudantes descreve os simuladores como recursos importantes e com muitas semelhanças à realidade da prática, embora a EUE 1 (Apêndice 3) seja da opinião que poderia ser um pouco melhor no sentido de serem mais realistas. A EUE 6 (Apêndice 3) refere que os simuladores são completos em simular com precisão as funções anatómicas e fisiológicas, apesar de serem artificiais.

A EUE 7 (Apêndice 3) sugere maior investimento em SiAF no meio académico, no sentido de otimizar a capacidade de resposta formativa, assim como também disponibilizar mais horas de prática simulada com os simuladores de alta-fidelidade, opinião também partilhada pela EUE 8 (Apêndice 3) que classifica a interação das respostas do simulador de alta-fidelidade com “espetacular”.

A EUE 10 (Apêndice 3) evoca as potencialidades do SiAF e sugere mais tempo para manusear e conhecer capacidades para atender às expectativas formativas. Opinião também partilhada pela EUE 9 (Apêndice 3) que descreve a experiência com o simulador como rápida e aquém do que era possível explorar. No entanto, houve estudantes que identificaram alguns problemas com os simuladores ao nível do áudio, mas, como nos relata a EUE 11 (Apêndice 3) e a EUE 12 (Apêndice 3,) os simuladores são inovadores pela tecnologia envolvida e ficaram fascinadas com as respostas obtidas, alimentando a expectativa de voltar a ter a mesma experiência para desenvolver habilidades técnicas nas suas experiências educativas.

B4 - Aprendizagem em ambiente de SCeE

A simulação clínica constitui um espaço privilegiado para promover a aprendizagem. A EUE 1 (Apêndice 3) refere-se à SCeE como um espaço fortalecido numa componente de avaliar o desempenho do estudante, o que constitui uma dificuldade para favorecer a construção da aprendizagem, principalmente pela carga emocional que emerge normalmente nos processos de avaliação. No entanto, a EUE 8 (Apêndice 3) refere que a simulação vem dar um “ar fresco” à aprendizagem pela dinâmica ativa que proporciona.

A simulação é interpretada pela maioria dos estudantes como um espaço em que podem falhar e aprender com o erro, não tolerável em contexto real como nos referem a EUE 2 e a EUE 6 (Apêndice 3). Descrevem a SCeE no CSC de alta-fidelidade com maior potencialidade de aprendizagem, pelo realismo, em relação às experiências de aprendizagem com níveis de fidelidade mais baixas, testemunha EUE 5 (Apêndice 3). Como refere a EUE 3 e EUE 4 (Apêndice 3) prestar cuidados na SCeE com características idênticas ao contexto real, constitui uma referência estrutural para o processo de aprendizagem, embora no contexto real existam novas interações e reações conducentes com a unicidade de cada pessoa.

A maioria dos estudantes defende a SCeE de alta-fidelidade como um recurso para melhorar a aprendizagem e sugerem que deveria haver mais práticas desta natureza, pelo seu potencial. A título de exemplo, a EUE 9 (Apêndice 3) testemunha que após a experiência na SCeE de alta-fidelidade sentia-se mais preparada para exercer a prática em contexto real. A EUE 12 (Apêndice 3) identifica como mais-valia a mediação exercida pelo professor na SCeE pelo espírito de aprendizagem que implementa.

Alguns estudantes comungam da opinião da EUE 11 (Apêndice 3) sofre a influência da componente emocional que predomina nos ambientes de SCeE, como o stress, a ansiedade e a pressão para não falhar, condicionando o “aproveitamento da experiência a 100%”.

B5 - A SCeE transformadora do conhecimento

Alguns estudantes salientam a falta de treino na SCeE de alta-fidelidade e identificam essa necessidade como um fator importante para adquirir mais conhecimento prático. Referem que a SCeE de alta-fidelidade é frequentemente operada em contexto de avaliação e defendem que deveria haver um treino frequente com casos próximos da prática quotidiana, no sentido de melhorar a perceção do estudante em identificar as áreas de conhecimento deficitárias. Salientam também que as experiências de alta-fidelidade deveriam utilizar a mesma metodologia das experiências de baixa-fidelidade que normalmente proporcionam mais tempo e maior número de práticas.

A EUE 4 (Apêndice 3) aborda a referência a alguns estudantes evocarem a pressão na SCeE, no entanto defende que essa emoção também é geradora de conhecimento e educa os estudantes a lidar com a pressão.

A maioria dos estudantes salienta que a SCeE proporcionou mais conhecimento e preparou-os para o desempenho da profissão. Salientamos a sugestão da EUE 7 (Apêndice 3) que o professor e o estudante, em parceria, deveriam adequar os cenários às expectativas do conhecimento que o estudante pretende desenvolver.

A simulação permite uma reflexão sobre as práticas desenvolvidas, ou reflexão sobre a ação, geradora de metacognição, como nos testemunha a EUE 8 (Apêndice 3), permite que os estudantes possam obter “bons resultados no conhecimento”. Alguns estudantes atribuem à reflexão, ao desenvolvimento do pensamento crítico e à autonomia do pensamento como produto das experiências sistemáticas nas práticas simuladas com reflexo positivo no crescimento do conhecimento. No entanto, existe uma tendência

prevalente do carácter avaliativo que predomina nos ambientes da SCeE, condicionando, segundo a grande maioria dos estudantes, a construção desse conhecimento.

B6 - Inovação no ambiente de aprendizagem na SCeE

A larga maioria dos estudantes refere-se à SCeE (Apêndice 3) como um ambiente de aprendizagem inovador pelo facto de oferecer uma interação construtiva e pelo realismo que os simuladores oferecem na experiência educativa. Salientam também a inovação pelo facto do primeiro treino das práticas ser em simuladores e não em humanos.

A maioria dos estudantes interpretou a inovação com o uso da tecnologia computadorizada, no entanto salientamos o testemunho da EUE 9 (Apêndice 3) que aceita a tecnologia como um recurso inovador, mas salienta a inovação, a forma “como o aluno pensa, age e os professores também”.

Alguns estudantes salientam a SCeE como inovadora, não só pela tecnologia em si, mas fundamentalmente pela complexidade dos fenómenos de saúde que o estudante tem de interpretar, analisar e resolver, após um treino sistematizado e organizado com a ajuda do professor.

B7 - Parceria das estruturas académicas com a comunidade de profissionais da SCeE

A grande maioria dos estudantes identifica a parceria com o CSC de alta-fidelidade como uma mais-valia para promover experiências de aprendizagem, no entanto não apresenta qualquer referência a outros locais e outras parcerias de âmbito profissional relacionado com a SCeE.

B8 - Práticas educativas desenvolvidas na SCeE

A maioria dos estudantes refere-se à SCeE como um espaço privilegiado para promover uma aprendizagem ativa e para melhorar a organização do pensamento, embora a EUE 2 (Apêndice 3) refira que não encontrou essa organização o que constituiu uma oportunidade para desenvolver o pensamento crítico.

A estratégia de elaborar reflexões sobre os casos clínicos e a construção de guiões para desenvolver um cenário (aprendizagem colaborativa), representou um processo

significativo para a aprendizagem, como nos documenta o EUE 4 (Apêndice 3). A EUE 12 (Apêndice 3) salienta também a SCeE em projetos como um recurso primordial para esclarecer dúvidas.

A maioria dos estudantes defende um planeamento estruturado do caso clínico na SCeE para melhor interiorização, reforçando assim a importância educativa baseada em projetos de SC.

B9 - Educação transformadora da SCeE

A maioria dos estudantes não se manifestou sobre a forma como a educação pode transformar a SCeE. No entanto, a EUE 10 (Apêndice 3) refere que após esta experiência de práticas simuladas no CSC, no futuro será na prática real e, nesse sentido, é fundamental usar o raciocínio clínico como estratégia educativa para desenvolver uma aprendizagem significativa.

C - Caracterização da prática da SCeE

C1 - Sentimento de apropriação na elaboração do projeto da SCeE

A grande maioria dos entrevistados refere que não participou na elaboração do projeto de SCeE, com a exceção do EUE 4 (Apêndice 3) que refere um envolvimento parcial, mas conclui que deveria ter sido mais envolvido. Alguns estudantes desconhecem o termo “projeto de simulação” e asseguram que não participaram nessa fase do processo.

Todos os estudantes referem que quando chegam ao CSC o caso clínico já está pré-elaborado e é apresentado pelo professor/mediador da SCeE. O estudante não deu contributos para a sua construção. Durante a prática da SCeE o professor solicita ao estudante que interprete o caso clínico elaborado e demonstre capacidade para resolver os problemas que são identificados. Como nos esclarece o EUE 4 (Apêndice 3) “a pessoa entra na prática de simulação e já entra lá num desconhecimento”, ou seja, conclui que faltou alguma informação sobre o processo e que é prudente promover a participação dos estudantes no projeto da SCeE. A EUE 7 (Apêndice 3) refere que o projeto da SCeE é “realizado pelos outros” e os estudantes executam no CSC e nos laboratórios académicos “o que é proposto pelo professor”.

A EUE 9 (Apêndice 3) confirma que o caso já estava montado e defende que o estudante deveria ser envolvido na construção do projeto de simulação, embora possa admitir focos de surpresa para estimular a capacidade de improviso dos estudantes.

A EUE 10 (Apêndice 3) manifesta que estava pouco preparada para a simulação, embora tenha estudado o caso fornecido pela professora, sentiu-se perdida e *não sabia o que fazer*, se houvesse participação do estudante no processo de construção haveria certamente mais antecipação para assimilar o caso e se preparar melhor. A EUE 11 (Apêndice 3) confessa desconhecimento para intervir na pessoa e a EUE 12 (Apêndice 3) defende que uma melhor preparação e participação combatia a ansiedade e o nervosismo, quase sempre presente neste processo de SCeE e com alguma interferência no sucesso da aprendizagem.

C2 - Modelos de suporte para a SCeE

Quando abordados sobre o tema dos modelos de suporte utilizados na SCeE, alguns estudantes manifestaram algum desconhecimento, justificando a utilização dos modelos de enfermagem como estrutura de pensamento e de raciocínio clínico para desenvolverem o caso clínico como, por exemplo, o modelo de *Nancy Roper*, frequentemente utilizado na fundamentação do processo de enfermagem no contexto hospitalar. No entanto, não há referência para a prática da SCeE com recurso a um modelo de SC. Ou seja, nenhum estudante fez referência a modelos de SC. No entanto, a EUE 10 (Apêndice 3) vê com bons olhos a utilização de um modelo de SC para ter mais ou menos a noção dos passos para desenvolver a SCeE.

C3 - Contexto da SCeE

A larga maioria dos estudantes desenvolveu a SCeE em contexto de laboratório de alta-fidelidade no CSC e a simulação de média e baixa fidelidade nos laboratórios académicos e baseados em cenários elaborados pelo professor. Nenhum estudante fez referência à SCeE *in situ*, em simulação virtual e em realidade aumentada com cenários clínicos imersivos.

Salientamos a informação da EUE 2 (Apêndice 3) que manifesta que frequentou o CSC a pedido dos professores e em contexto da avaliação.

C4 - Preparação da SCeE e *prebriefing*

A maioria dos estudantes refere que não estavam preparados para a SCeE. Porém, a EUE 8 (Apêndice 3) considera-se preparada e as temáticas foram abordadas no contexto teórico em sala de aula. A EUE 11 (Apêndice 3) diz que recebeu um guião fornecido pelo professor e que esse instrumento a ajudou na preparação do caso e deu a conhecer o local físico do CSC, mas não chegou a manusear os simuladores.

A maioria dos estudantes faz referência à SCeE como um momento de avaliação às competências e às habilidades adquiridas.

Os estudantes entrevistados não fazem referência ao *prebriefing* e alguns manifestam que sentiram alguma preparação durante as aulas lecionadas pelos professores na exposição de conteúdos teóricos.

A EUE 10 (Apêndice 3) salienta que a preparação vem muito da proatividade dos próprios estudantes e que foi feito um *prebriefing*, essencial para conhecer como o espaço físico do CSC funciona, considerando que esta pequena introdução sobre o espaço físico do CSC contribuiu para o conforto do estudante, embora considere que não vai bem preparado para responder aos desafios da SCeE.

A EUE 6 (Apêndice 3) refere que era importante conhecer previamente o espaço do CSC porque se sentiu perdida, a EUE 7 (Apêndice 3) apoia a afirmação da EUE 6 (Apêndice 3) e reforça que é uma área que necessita de maior investimento por parte dos professores, embora reconheça que de alguma forma tentam compensar essa lacuna com discussão em grupo de estudantes sobre o caso clínico a ser desenvolvido e os passos adequados para atuar.

A EUE 9 (Apêndice 3) refere que apesar de haver uma demonstração teórica e expositiva com recurso a equipamentos multimédia na sala de aula, não contribuiu grande coisa, defendendo que era importante usar outra estratégia mais atrativa e dinâmica, preferivelmente uma visita física ao CSC. Salientamos que a maioria dos estudantes ainda manifesta stress e pressão como um fenómeno muito presente nas práticas de SCeE.

C5 - Fase *briefing* na SCeE

A fase do *briefing* representa uma fase importante para o desenvolvimento da prática simulada. A maioria dos estudantes identificou a fase do *briefing* como uma fase do

processo em que foi apresentado o caso, o espaço físico do CSC e algumas instruções sobre as funcionalidades dos simuladores, embora os EUE 1 (Apêndice 3) e EUE 2 (Apêndice 3) demonstrassem desconhecimento total sobre o *briefing*.

Os estudantes continuam a manifestar-se ansiosos e com nervosismo, alegando falta de preparação e desconhecimento das instalações físicas do CSC, considerando à partida que o *briefing* fica condicionado para acolher informações sobre o caso clínico que irão desenvolver.

A EUE 3 (Apêndice 3) e a EUE 5 (Apêndice 3) refere-se ao *briefing* como uma fase rápida e com muita informação para assimilar. As EUE 6 (Apêndice 3) e EUE 7 (Apêndice 3) identificam a fase *briefing* como uma preparação mínima e um momento de reflexão sobre o caso clínico a ser desenvolvido.

A EUE 9 (Apêndice 3) refere-se ao *briefing* como atribulado e operacionalizado já dentro do cenário da prática simulada, o que potenciou o nervosismo e o bloqueio para desenvolver.

A EUE 11 (Apêndice 3) relata a fase de *briefing* como “um choque, mas no bom sentido”, porque foi nesse momento que sentiu que ia desempenhar o papel de profissional de saúde (Enfermeira/o).

C6 - Experiência educativa com o participante simulado na SCeE

A maioria dos estudantes refere não ter experiência do participante simulado na SCeE, no entanto a EUE 5 (Apêndice 3) refere que o Enfermeiro do centro de simulação participou no sentido de supervisionar a prática, também a EUE 1 (Apêndice 3) e a EUE 2 (Apêndice 3) falam do papel do Enfermeiro como uma ajuda complementar no desenvolvimento do caso clínico. A EUE 6 e 7 (Apêndice 3) defendem a inclusão de participantes simulados, como familiares e acompanhantes, atendendo à complexidade de adquirir competências multidisciplinares para o cuidar holístico.

C7 - Experiência e vivências na SCeE

A maioria dos estudantes descreve a experiência da SCeE como positiva, gratificante e potenciadora de aprendizagem pelo realismo dos simuladores e pela capacidade do

raciocínio desenvolvido, no entanto outros manifestam que foi uma experiência rápida e que gostariam de ter mais oportunidades para desenvolverem práticas clínicas simuladas.

Alguns estudantes continuam a evocar o cariz avaliativo da experiência que é desenvolvida na SCeE e relatam a ansiedade e o stress que emergem frequentemente nessas práticas. A EUE 2 (Apêndice 3) diz que após a experiência da SCeE sente-se mais confiante para as intervenções de enfermagem.

A EUE 3 (Apêndice 3) salienta a experiência na SCeE para adquirir um treino de raciocínio lógico e rápido, e nesse sentido a EUE 7 (Apêndice 3) e a EUE 8 (Apêndice 3) sugerem que se realize mais práticas de SCeE, devido ao contributo benéfico na aprendizagem e na exploração de conteúdos teóricos.

A EUE 9 (Apêndice 3) confessa que o estudo individual contínuo é fundamental para se sentirem preparados para desenvolver a SCeE e a EUE 11 (Apêndice 3) descreve a SCeE como íntima e promotora de uma experiência de aprendizagem ativa e fala de uma experiência acolhedora ao nível da interação realista proporcionada fundamentalmente pelo simulador de alta-fidelidade. A estudante manifesta pouco tempo de experiência de aprendizagem no CSC e salienta que a prática em grupo, desenvolvida pelos professores, diluiu as oportunidades para desenvolverem competências, opinião também partilhada pelo EUE 4 (Apêndice 3).

A EUE 1 (Apêndice 3) descreve a SCeE de alta-fidelidade no CSC como uma experiência em que é avaliado as suas competências, reconhecendo que nos laboratórios académicos com níveis de fidelidade mais baixos, não está tão presente o cariz avaliativo dessa experiência e há mais apoio dos professores. No entanto, a maioria dos estudantes salienta a experiência da SCeE como positiva para a aprendizagem e para adquirir maior confiança para a prática clínica.

A organização da experiência da SCeE em grupo foi identificada por alguns estudantes como importante para a partilha do conhecimento, interajuda e para desenvolver o trabalho de grupo. Foi uma experiência que proporcionou aos estudantes a resolução de problemas e o debate de ideias no grupo, contribuindo para a construção de um conhecimento significativo. O enfermeiro residente do CSC ajudou na construção desse conhecimento.

C8 - Contributos da fase *debriefing*

A maioria dos estudantes identifica o *debriefing* como uma fase muito importante e de aprendizagem significativa. Descrevem o *debriefing* como um momento de reflexão em que se identificam os erros e as potencialidades da aprendizagem desenvolvida. A EUE 1 (Apêndice 3) e a EUE 2 (Apêndice 3) identificam o *debriefing* como valioso para identificar, analisar erros, aprender e gerar comportamento de mudança.

O EUE 4 (Apêndice 3) salienta uma fase importante para tirar ideias, no entanto refere como menos bom a excessiva valorização dos aspetos negativos. Também a EUE 5 refere uma experiência um “bocadinho assustadora” quando a SCeE não corre bem, atendendo a que é alvo de recomendação sobre o seu comportamento pela professora. A EUE 9 (Apêndice 3) refere a experiência como importante e com peso significativo no desenvolvimento da aprendizagem.

A EUE 10 (Apêndice 3) descreve que a reunião de *debriefing* promoveu crescimento e aprendizagem e que vale a pena promover este espaço de reunião. Alguns estudantes testemunham que é muito bom haver um professor a fazer uma análise sobre a nossa prestação, representando um complemento essencial à nossa autoavaliação.

C9 - Resultados e ganhos com a SCeE

A grande maioria dos estudantes identifica vários ganhos com a prática da SCeE, nomeadamente maior capacidade para refletir sobre os fenómenos de enfermagem, prever a prática de enfermagem em contexto real, identificar as dificuldades para mudar de comportamento, melhorar a interação em contexto de equipa multidisciplinar e adquirir competências para o exercício profissional.

A EUE 6 (Apêndice 3) confessa que a SCeE deu significado à teoria e ao desenvolvimento de competências profissionais e salienta o fenómeno do erro, como frequente e natural nos processos de aprendizagem. Neste sentido, refere que os ganhos obtidos na SCeE permitiu a atualização de conhecimentos e reduziu a probabilidade da ocorrência do erro na atividade profissional.

A grande maioria dos estudantes obteve como resultado na SCeE maior confiança nas práticas clínicas, melhor preparação para resolver os problemas da prática, melhor

desempenho no trabalho em equipa e melhor capacidade para resolver problemas decorrentes das atividades desenvolvidas nos estágios.

C10 - Casos clínicos desenvolvidos na SCeE

Alguns estudantes são de opinião que os casos clínicos foram bem construídos e adequados à realidade, no entanto há estudantes que sugerem mais diversidade e maior realismo nos casos clínicos apresentados. A EUE 8 (Apêndice 3) classifica os casos como complexos e a EUE 10 (Apêndice 3) sugere que os estudantes deveriam participar na programação dos casos, como medida integradora e facilitadora do processo.

C11 - Papel do estudante na SCeE e o seu bem-estar individual e coletivo

A EUE 1 (Apêndice 3) e a EUE 2 (Apêndice 3) referem que exerceram um papel de cumprir com as orientações do professor, que avaliava as competências adquiridas. A EUE 3 (Apêndice 3) descreve que o seu papel permitiu exercer o seu raciocínio clínico, interpretar o contexto do caso clínico e identificar as intervenções terapêuticas adequadas para a resolução de problemas.

O EUE 4 (Apêndice 3) refere que se sentiu perdida na dinâmica de grupo que foi desenvolvida e a EUE 5 (Apêndice 3) descreve o ambiente como “frio e distante”, em que o professor é visto como um avaliador de competências. Salienta, também, o receio de questionar alguma coisa para não ser entendido que carece de estudo.

Os estudantes identificam a SCeE como um ambiente muito semelhante ao contexto real da prática, no entanto no papel que desenvolveu a EUE 8 (Apêndice 3) revela que o desconhecimento de um medicamento a impediu de cuidar de uma pessoa.

Alguns estudantes referem que era importante que o estudante tivesse um papel de participar no planeamento dos casos clínicos, como forma de o conhecer em profundidade e, principalmente, criar condições para sugerir a discussão sobre os casos experienciados nos estágios.

A EUE 7 (Apêndice 3) menciona que o facto da SCeE contar para a nota, influencia o bem-estar emocional e, conseqüentemente, o desempenho dos estudantes. Segundo a EUE 11 (Apêndice 3) continua a ser uma experiência com muita carga emocional de stress e nas dinâmicas de grupo ocorria alguns problemas na área da comunicação entre os intervenientes da SCeE.

C12 - Planeamento participativo do estudante na SCeE

A maioria dos estudantes refere não participar no planeamento da SCeE e manifesta que o planeamento de todas as fases do processo foi operacionalizado pelo professor. A EUE 5 (Apêndice 3) refere que só soube do caso clínico quando chegou à hora de o exercer na prática. A EUE 6 (Apêndice 3) refere que era importante os estudantes participarem no planeamento dos casos. A EUE 7 (Apêndice 3) sugere que os estudantes deveriam apresentar casos que reflitam as dificuldades sentidas nos estágios e que, em parceria com o professor, estabelecer uma estratégia de SCeE para otimizar a experiência de aprendizagem.

C13 - Espaços democráticos e cultura da prática simulada

A maioria dos estudantes manifesta que não houve espaço de discussão sobre a cultura da prática simulada. A EUE 4 (Apêndice 3) refere que tudo se desenvolveu de uma forma muito rápida que não houve espaço para esse debate, embora a EUE 7 (Apêndice 3) refira que sempre foi incutida a importância da SCeE desenvolvida na academia e no CSC.

A EUE 11 (Apêndice 3) refere uma pré abordagem desenvolvida pelo professor sobre as expectativas de aprendizagem na SCeE e a EUE 12 (Apêndice 3) refere que houve uma questão sobre a utilidade da experiência da SCeE no fim da experiência no laboratório do CSC.

D - CATEGORIA - Inovação e investigação na SCeE

D1 – Investigação e parcerias na SCeE

A grande maioria dos estudantes entrevistados não refere estudos de investigação na área da SCeE e não identifica também espaços de debate sobre a SCeE, no entanto alguns estudantes reconhecem que seria importante haver estudos nessa área do conhecimento da enfermagem.

5.2 - Síntese da análise de conteúdo dos professores nas entrevistas individuais

Na análise aos dados obtidos pelos EUE identificámos a opinião dos mesmos sobre o processo da SCeE. No entanto, a Educação em Enfermagem é complexa, não fosse a natureza humana e o processo do Cuidar fenómenos que exigem de todos uma compreensão e, fundamentalmente, intervenções cooperantes. Assim, é essencial adequar estratégias de ensino e de aprendizagem conducentes com as expectativas da comunidade educativa e, nessa ótica, torna-se relevante conhecer a opinião dos professores do CLE que lecionam e promovem experiências educativas na SCeE.

Procedemos à codificação dos professores entrevistados de acordo com a sigla PUE (Professor Universitário Entrevistado) e ordenada segundo o alfabeto português, ou seja, de “A” a “F”, atendendo a que os professores entrevistados constituem um universo de seis indivíduos.

Após a transcrição completa das entrevistas efetuadas aos professores que lecionam a SCeE no CLE, procedemos a uma análise completa dos dados obtidos. Salientamos que adotámos as mesmas estratégias de não efetuar a correção gramatical das entrevistas transcritas, no sentido de manter a originalidade do conteúdo fornecido pelos entrevistados.

Utilizámos, também, as mesmas estratégias que adotámos na análise de conteúdo das entrevistas individuais dos estudantes, ou seja, organizarmos quadros documentados no Apêndice 5. A organização da análise de conteúdo contemplou quadros específicos para cada subcategoria, com as suas respetivas unidades de registo, de acordo com a informação obtida de cada entrevistado, previamente codificado.

Seguidamente iremos apresentar uma análise dos dados obtidos em cada categoria e subcategoria, que poderá ser complementada com a informação contida no Apêndice 4, referente à transcrição das entrevistas individuais aos professores e no Apêndice 5, referente à análise de conteúdo das mesmas.

A - Caraterização do entrevistado

A caraterização da amostra é importante no estudo de investigação, atendendo a que permite conhecer o perfil do entrevistado. Para melhor orientação, aos professores entrevistados foram atribuídos uma codificação de PUE (professor universitário

entrevistado), com a utilização das letras do alfabético de “A” a “F”, atendendo ao universo de seis professores entrevistados.

Quadro 11. Identidade de género dos professores entrevistados

	Masculino	Feminino
Nº de PUE (1 a 6)	0	6

Nota. A tabela demonstra, todas as PUE identificam-se como género feminino.

Quadro 12. Classe etária dos estudantes entrevistados

Classe etária	40 – 44 anos	45 – 49 anos	50 a 54 anos	Mais 54 anos
Nº de PUE (1 a 6)	1	1	0	4

Nota. A professora mais nova tem 44 anos e a mais velha 65 anos de idade, amostra com média de 56 anos.

Quadro 13. Contexto profissional dos professores

	Professora em tempo parcial	Professora em tempo integral
Nº de PUE (1 a 6)	0	6

Nota. Encontram-se a exercer a atividade de docente em tempo integral no Ensino Superior e Politécnico.

Quadro 14. Local de residência dos professores

	Concelho do Funchal	Outro
Nº de PUE (1 a 6)	5	1

Nota. A grande maioria dos PUE residem no concelho do Funchal.

Quadro 15. Maior grau acadêmico dos professores

	1º ciclo de estudos	2º ciclo de estudos	3º ciclo de estudos
Nº de PUE (1 a 6)	0	4	2

Nota. O maior grau acadêmico dos professores compreende o de Mestrado, quatro professoras e duas são doutoradas nas ciências de Enfermagem.

B1 - Conceito da SCeE

A maioria dos professores define a SCeE como uma técnica pedagógica para os estudantes transferirem conhecimentos teóricos e gerar novas competências profissionais. A PUE A (Apêndice 5) identifica a SCeE como uma mais-valia no ensino e na aprendizagem, pelo realismo que implementa nos cenários. Segundo a PUE C (Apêndice 5) a SCeE de alta-fidelidade assume-se como um bom investimento, atendendo a que promove a segurança a autoestima e torna os estudantes mais preparados, confiantes e satisfeitos.

A PUE D (Apêndice 5) encara a SCeE como uma forma de Educação e, na opinião da PUE E (Apêndice 5), representa uma experiência pedagógica com forte impacto na aprendizagem dos estudantes. A PUE F (Apêndice 5) identifica a SCeE como um ambiente realista criando condições para que o estudante possa desenvolver novas competências e aperfeiçoar as suas habilidades técnicas.

B2 - Ambiente de SCeE

A maioria dos professores identifica a SCeE como um ambiente programado pelos professores no sentido de promover experiências de aprendizagem, sem referência a modelos de SC. A PUE B (Apêndice 5) classifica o ambiente do CSC de espaço maravilhoso, que permite uma colaboração com todos os intervenientes e refere que os simuladores de alta-fidelidade é o “que de melhor conhece”.

A PUE D (Apêndice 5) identifica como ambiente protegido e sobre o olhar do professor para promover estratégias altamente protegidas para treinar competências. A PUE refere o ambiente da SCeE seguro por proporcionar as primeiras experiências dos estudantes em simuladores e não nas pessoas.

A PUE E (Apêndice 5) lamenta que a SCeE seja mais prevalente para a natureza de cuidados em contexto hospital e defende que deveria ser dada mais atenção aos cuidados de saúde primários, salientando, no entanto, a SCeE como benéfica para a aprendizagem do estudante.

B3 – Características dos simuladores na SCeE

A PUE C (Apêndice 5) identifica os simuladores como uma ferramenta didática para ajudar o estudante a construir competências em ambientes controlados. A PUE A e B (Apêndice 5) elogiam a capacidade do SiAF em simular reações humanas em vários contextos de saúde. A PUE D (Apêndice 5) valoriza também o papel dos SiAF por proporcionar ao estudante um raciocínio clínico, pensamento crítico e por promover uma relação na prestação de cuidados.

A PUE E (Apêndice 5) salienta as experiências de SCeE em que o simulador proporciona espaço para a educação do erro clínico, como estratégia de aprendizagem. A PUE F (Apêndice 5) salienta que os SiAF são extremamente importantes pelo realismo que proporcionam para o cuidar de enfermagem.

B4 - Aprendizagem desenvolvida no ambiente de SCeE

A maioria dos professores é da opinião que o ambiente com SiAF desenvolve muito mais a aprendizagem e o estudante caminha muito mais rápido, no entanto alerta para algum cuidado que o professor deve ter para preparar o estudante para a SCeE e a avaliação a que será sujeito.

A PUE A (Apêndice 5) salienta que associado a um simulador está um profissional capacitado para dar resposta às necessidades educativas. A PUE B (Apêndice 5) salienta a aprendizagem desenvolvida na SCeE, principalmente ao nível da comunicação terapêutica, classificando como maravilhosa a aprendizagem desenvolvida.

A PUE C (Apêndice 5) refere que a aprendizagem na SCeE permite o desenvolvimento de competências e possibilita mobilizar conhecimentos cognitivos, assim como capacita os estudantes para os desafios emergentes do cuidar holístico, nomeadamente no respeito pelas crenças, pelos aspetos éticos e pela relação humana.

A PUE E (Apêndice 5) fala na diversidade de experiências de aprendizagem que o ambiente de SCeE pode proporcionar, “pode ser o que nós quisermos”, e salienta a importância de ser possível programar qualquer situação de SCeE para responder às necessidades educativas que se pretende que o estudante desenvolva.

PUE F (Apêndice 5) alerta para a necessidade de fazer um upgrade de alguns simuladores disponíveis para as atividades educativas na SCeE, no entanto salienta a diferença dos SiAF do CSC pela capacidade de estimular o pensamento crítico do estudante.

B5 - A SCeE transformadora do conhecimento

A PUE A (Apêndice 5) salienta a SCeE como potenciador do estudo e da fundamentação teórica para melhorar a capacidade da resposta na prática. A PUE B (Apêndice 5) defende mais práticas de SCeE para melhorar o conhecimento, opinião também partilhada pelos restantes professores.

A PUE C (Apêndice 5) evoca a SCeE como um recurso para gerar conhecimento nos vários contextos da prática profissional, no meio hospitalar, no meio assistencial, na casa do cliente, no contexto familiar e salienta a possibilidade de simular com atores as vivências de saúde dos familiares, amigos e outros intervenientes do processo do cuidar.

A PUE D (Apêndice 5) salienta as vantagens do treino de procedimentos invasivos no simulador, que na pessoa poderia colocar em risco a sua integridade, no entanto a PUE E (Apêndice 5) reitera que não há simulador que substitua a genuína relação humana, como o toque e a relação terapêutica. A PUE F (Apêndice 5) salienta os benefícios da SCeE no desenvolvimento do conhecimento sobre uma boa comunicação em equipa e defende que estes deveriam ser mais utilizados em diferentes cenários, reforçando o estudante como figura central do processo de aprendizagem.

B6 - Inovação do ambiente de aprendizagem na SCeE

Os professores entrevistados consideram o ambiente da SCeE inovador. PUA A (Apêndice 5) salienta a inovação pela tecnologia digital ao serviço do ensino/aprendizagem, a PUE B (Apêndice 5) defende que a SCeE deveria estar formalmente integrada no ensino e a PUE F (Apêndice 5) salienta o uso da tecnologia como uma forma de proporcionar uma aprendizagem direcionada para um contexto real. A PUE C (Apêndice 5) defende que o

ambiente poderia ser mais inovador ao nível da transformação dos processos de aprendizagem e a PUE D (Apêndice 5) defende maior envolvimento dos estudantes na construção do processo de simulação testemunhando que “seria uma mais-valia participarem no planeamento”.

B7 - Parceria das estruturas académicas com a comunidade de profissionais da SCeE

Os professores nesta subcategoria mencionaram que conhecem a parceria com o CSC de alta-fidelidade. Não há referência a outras parcerias e estruturas da comunidade educativa e profissional.

B8 - Práticas educativas desenvolvidas na SCeE

Aprendizagem baseada no modelo teórico de enfermagem. A PUE C (Apêndice 5) salienta o recurso à dramatização, demonstração baseada em estudos de caso e o recurso à autoscopia para autoanálise do desempenho e experiência. A utilização das tecnologias da informação e comunicação é abordada pela PUE E (Apêndice 5). Utilizam também a encenação da prática como nos refere a PUE F (Apêndice 5).

B9 - Educação transformadora da SCeE

A PUE A (Apêndice 5) identifica a SCeE como um complemento à formação teórica e testemunha que os casos clínicos só fazem sentido se forem adequados à realidade que o estudante vai encontrar na prática clínica. A PUE B (Apêndice 5) revela a SCeE de alta-fidelidade à parte da lecionação de conteúdos e considera uma má estratégia utilizá-la para avaliar os estudantes.

A PUE C (Apêndice 5) salienta a importância de haver uma melhor preparação para a prática educativa com suporte nas teorias da aprendizagem, identificando assim algumas carências nesta área.

Alguns professores defendem a integração dos estudantes no processo da construção da SCeE, reconhecendo que é uma mais-valia desenvolverem essas experiências clínicas para melhorar o seu conhecimento. Como nos refere PUE E (Apêndice 5) “as pessoas não se cuidam com um clicar”, defendendo que o estudante deve estar incluído no centro do

processo de aprendizagem e que se a simulação não tiver em consideração essa premissa o cuidar ficará só pelo superficial.

A PUE F (Apêndice 5) salienta a possibilidade de utilizar a SCeE para testar várias situações clínicas, com variadas respostas de saúde no sentido de preparar o estudante para resolver problemas da prática.

C - Caraterização da prática simulada

C1 - Sentimento de apropriação na elaboração do projeto da SCeE

A maioria dos professores manifesta que seria interessante, e certamente uma mais-valia, que os estudantes participassem na elaboração do projeto de SCeE, embora PUE A (Apêndice 5) referia que o estudante iria necessitar de orientação para esse processo de construção. No entanto, reconhece que esse trabalho teria benefícios, nomeadamente para se apropriar de uma melhor preparação para a prática simulada. A PUE B (Apêndice 5) classifica de perfeito os estudantes participarem na construção do caso clínico e a PUE C (Apêndice 5) reconhece que os estudantes ficariam satisfeitos, atendendo ao feedback que tem colhido, se fossem chamados para participarem nessa construção.

A PUE D (Apêndice 5) defende que a simulação é elaborada para que os estudantes obtenham um feedback daquilo que sabem e do que não sabem, ou seja, reconhece a simulação como um barómetro do processo da aprendizagem. A PUE E (Apêndice 5) declara que a SCeE é toda elaborada com referência ao estudante e afirma que não vê outra forma que não esteja o estudante no centro da aprendizagem.

C2 - Modelos de suporte para a simulação clínica

A maioria dos professores refere-se à utilização de modelos de enfermagem diretamente relacionada com os casos clínicos e defende a importância de aplicar o modelo de enfermagem na SCeE para melhor compreensão dos fenómenos da pessoa alvo de cuidados. Salientamos que os professores não fazem referência à utilização de modelos de SC, no entanto PUE E (Apêndice 5) explica que de forma sistematizada não utiliza um modelo, mas antes dos estudantes frequentarem o CSC promove uma introdução com o objetivo de dar a conhecer o centro de simulação e a aplicabilidade do processo de

enfermagem, ou seja, não utiliza um suporte de modelo SCeE numa base estruturada e predefinida.

C3 - Contexto da simulação clínica

Todos os professores referem como contexto da SCeE o laboratório de alta-fidelidade do CSC e as práticas laboratoriais de média e baixa-fidelidade desenvolvidas nos laboratórios académicos.

C4 - Preparação da SCeE e o *prebriefing*

A PUE A (Apêndice 5) na sua experiência identifica que os estudantes sentem algumas dificuldades e provavelmente não estavam preparados para a SCeE e, nesse sentido, defende que era importante levá-los a conhecer o CSC, no sentido de diminuir a carga de ansiedade manifestada por eles durante essa experiência.

A PUE B (Apêndice 5) identifica que aparentemente os estudantes se apresentam motivados para a SCeE, mas não estão preparados. Valoriza a nota introdutória dos enfermeiros residentes do CSC com uma breve explicação sobre o serviço e as dinâmicas que são desenvolvidas pelos enfermeiros, assim como as principais potencialidades dos simuladores, ou seja, refere que foi tudo explicado.

A PUE C (Apêndice 5) interpreta o *prebriefing* como uma fase muito importante para preparar o estudante para a SCeE, no sentido de lhe fortalecer os aspetos emocionais e cognitivos, assim como possibilitar a pesquisa científica para melhor documentar os casos clínicos simulados. Defende que o *prebriefing* tem a potencialidade do estudante poder discutir o caso clínico que irá ser desenvolvido na SCeE.

A PUE D (Apêndice 5) na sua experiência testemunha que o estudante se aparenta ansioso durante a SCeE. Refere ter observado a experiência do estudante na SCeE com e sem *prebriefing* e reconhece que quando o estudante domina o espaço físico desenvolve o caso clínico com outra habilidade. O desconhecimento do local (CSC ou laboratório académico) aumenta a ansiedade, daí que a PUE E (Apêndice 5) defenda imperativamente a realização do *prebriefing* para atenuar os efeitos emocionais como a ansiedade e promover o envolvimento do estudante no processo de aprendizagem.

A PUE F (Apêndice 5) fala sobre a importância de explicar o funcionamento do CSC e dos simuladores no desenvolvimento da SCeE, para reduzir a ansiedade, muito frequente neste contexto por não saberem ao que vão.

C5 - Fase *briefing* na SCeE

Momento de alguma apreensão para os estudantes, que muitas vezes apresentam dificuldades para interpretar o caso corretamente, necessitando da orientação do professor como refere a PUE A (Apêndice 5). A PUE B (Apêndice 5) refere ser essencial esta fase da simulação, atendendo a que no *briefing* o caso clínico é apresentado de forma simples com o objetivo de iniciar a prática simulada. A PUE C (Apêndice 5) identifica esta fase como importante para a SCeE, pois permite que o estudante pesquise e colha informação para a construção da sua experiência de aprendizagem.

A maioria dos professores descreve esta fase como um espaço para explicar o caso que será desenvolvido, facultar tempo para o estudante interpretar o caso clínico e interpretar toda a informação afeta à SCeE.

A PUE E (Apêndice 5) confessa que assume um papel de facilitador na SCeE, após fornecer toda a informação necessária para o estudante desenvolver o caso clínico e defende que as experiências da SCeE devem atender às necessidades dos estudantes.

C6 - Experiência educativa com o participante simulado na SCeE

A maioria dos professores utiliza a figura do participante simulado para a experiência de aprendizagem, embora PUE A (Apêndice 5) não o tenha utilizado. Defendem que esta experiência educativa permite uma visão holística nas várias dimensões do cuidar e apropria os estudantes de competências terapêuticas com intervenientes estranhos, muito frequente nos contextos da prática. A experiência de participante simulado é mais utilizada na SCeE com a participação da mãe e criança (familiares diretos). Na faixa etária do adulto e geronte, segundo PUE C (Apêndice 5) não é utilizado o participante simulado.

A PUE D refere que utilizam a figura do familiar e que isso é ótimo para o treino de competências de intervenção familiar. Segundo a experiência da PUE E (Apêndice 5), os estudantes manifestam que a parte mais difícil do cenário é gerir o fenómeno terapêutico família.

C7 – A experiência e vivências na SCeE

A maioria dos professores relata a experiência na SCeE como um momento de ensino/aprendizagem, em que os estudantes experienciam uma prática simulada muito semelhante ao contexto da prática real. Permite analisar os processos dos cuidados previamente, os dados que utilizam para fundamentar as intervenções, analisar a forma como comunicam e o significado que atribuem às experiências. Nas suas experiências os professores declaram que ainda prevalece uma carga emocional e de stress nos estudantes durante as experiências da SCeE.

A PUE E (Apêndice 5) declara que não há nenhum robot que substitua a genuína relação humana e terapêutica. O professor desempenha um papel de facilitador na dinâmica da aprendizagem, assim como garante o rigor instrumental, relacional, raciocínio clínico e estimula a reflexão dos casos clínicos, assim como os resultados obtidos. A PUE F (Apêndice 5) fala de uma experiência para desenvolver no estudante o pensamento crítico, a fundamentação teórica e a reflexão sobre os processos dos casos apresentados.

Deverá haver espaço para o professor mediar a SCeE e utilizar estratégias educativas para potenciar os processos de aprendizagem. A PUE B (Apêndice 5) revela a sua experiência na SCeE “como maravilhosa”, pela excelente colaboração de todos os intervenientes do CSC, empenhados em criar condições para o estudante atingir os seus objetivos. A PUE C (Apêndice 5) fala da experiência da reflexão crítica, como um recurso essencial para promover o raciocínio clínico e o desenvolvimento da dimensão cognitiva, afetiva e instrumental.

A PUE D (Apêndice 5) aborda a SCeE como um espaço que desponta ansiedade nos estudantes, no entanto constitui uma experiência que permite desenvolver habilidades de forma segura e sem dano à pessoa. A PUE E (Apêndice 5) confessa que apesar de ser uma experiência “dramática, foi muito útil para eu ser consciente”.

Para a PUE F (Apêndice 5) foi uma experiência de apoiar e identificar as necessidades dos estudantes, ou seja, ajudá-los a encontrar o caminho, valorizando o papel ativo do estudante na construção desse caminho.

C8 - Contributos da fase *debriefing*

Momento de reflexão sobre todo o processo desenvolvido e as prioridades identificadas na SCeE. Alguns professores relatam descargas emocionais dos estudantes, após a experiência vivenciada na SCeE. A PUE C (Apêndice 5) evidencia o *debriefing* como uma fase fundamental, em que o estudante tem a perceção de como desenvolveu a SCeE, que processos mentais fortaleceu, o que planeou e que respostas obteve.

A maioria das professoras revela o *debriefing* como essencial para identificar as dificuldades e os sentimentos emocionais que emergem na SCeE e constitui uma oportunidade em parceria para encontrar uma estratégia de aprendizagem (PUE D; PUE E) (Apêndice 5).

A PUE F (Apêndice 5) refere que não houve a oportunidade de fazer o *debriefing* num espaço adequado como “mandam as regras”, em que convidamos as pessoas a entrar na sala, a fazer o resumo de cenário e a pedir uma análise reflexiva do caso. Alega dificuldades de tempo e um número elevado de estudantes por cada grupo.

C9 - Resultados e ganhos com a SCeE

Os professores são unânimes em identificar muitos ganhos e uma experiência muito positiva com a SCeE. PUE A (Apêndice 5) refere que ajuda na aprendizagem e identifica as necessidades de maior investimento, assim como promove habilidades comunicacionais e de relação de ajuda.

A PUE C (Apêndice 5) fala em profissionais mais capacitados para as intervenções nos diferentes domínios. Segundo a PUE D (Apêndice 5) há muitos ganhos com o treino de habilidades técnicas numa fase inicial em simuladores de alta-fidelidade e salienta esse treino intensivo para ultrapassar as dificuldades dos procedimentos mais complexos, que na prática gerem maior insegurança do estudante.

A PUE E (Apêndice 5) relata ganhos ao nível do conhecimento que emergem naturalmente, erros, frustrações, dificuldades, sentimentos positivos e negativos, alegrias e satisfação na experiência de aprendizagem.

A PUE F (Apêndice 5) fala num ganho de progredir e melhorar a estruturação do pensamento e do planeamento de cuidados.

C10 - Casos clínicos desenvolvidos na SScE

Os professores classificam os casos clínicos adequados para a aprendizagem, no entanto PUE B (Apêndice 5) diz que muitas vezes são superficiais e a PUE C (Apêndice 5) defende que a construção do cenário deveria ser discutida com o estudante, embora considere os casos adaptáveis a vários contextos e adequados.

A PUE E (Apêndice 5) fala de casos já pré-elaborados por entidades da simulação clínica internacional e ajuíza os casos clínicos de adequados para as experiências nas várias etapas do ciclo vital. A PUE F (Apêndice 5) refere que os casos clínicos são realistas e promovem o envolvimento de todos os intervenientes na SScE e também são adaptáveis à realidade de cada estudante.

C11 - O papel do estudante na SScE e o seu bem-estar individual e coletivo

A PUE A (Apêndice 5) destaca o interesse e a segurança do estudante para exercer a prática na SScE. A PUE C (Apêndice 5) destaca a importância do ambiente positivo ao envolver todos os participantes da SScE, nomeadamente proximidade com os instrutores e criação de um ambiente que considera prazeroso, embora possa emergir períodos de ansiedade.

Ambiente harmonioso e acolhedor com participação ativa de todos para proporcionar aos estudantes as melhores condições possíveis para se concentrar e desenvolver o seu pensamento crítico (PUE D) (Apêndice 5).

A PUE E (Apêndice 5) reconhece a importância dos profissionais (Enfermeiros) residentes no CSC em criar condições para um ambiente acolhedor e propício à aprendizagem. A PUE F (Apêndice 5) salienta a importância da relação de confiança entre os vários intervenientes da SScE, facilitador de uma comunicação efetiva, defendendo também que deveria haver um contato prévio com todos os intervenientes do processo da SScE no sentido de aferir o planeamento e o processo de aprendizagem.

C12 - Planeamento participativo do estudante na SScE

Alguns professores não manifestaram opinião sobre o planeamento participativo do estudante, no entanto a PUE C (Apêndice 5) refere que no tempo da pandemia por Covid 19, em consequência das limitações do contato físico e do isolamento, a equipa de

professores desafiou os estudantes a criarem os seus casos clínicos, fruto das experiências vividas e da pesquisa teórica efetuada, considerando esta estratégia uma inovação. Salienta que os estudantes ficaram satisfeitos, tiveram mais envolvimento e responsabilização nos casos clínicos e para os professores também foi gratificante pela tecnologia envolvida e pelos novos conhecimentos partilhados.

A PUE D (Apêndice 5) revela a importância de preparar bem os estudantes para a SCeE, salientando que “estamos a cuidar de pessoas”, no entanto não comenta a participação do estudante no planeamento da SCeE. A PUE E (Apêndice 5) revela que os estudantes recebem um guião orientador para a SCeE e nesse documento sabem em concreto ao que vão e o possível caso clínico que possa surgir, ou seja, é solicitado que cumpram com aquilo que é programado pelo professor.

C13 - Espaços democráticos e cultura da prática simulada

Alguns professores não emitiram opinião sobre a cultura de uma prática simulada nas práticas educativas de enfermagem, no entanto a PUE B (Apêndice 5) defende mais autoscopias para analisar o desempenho dos estudantes nas várias etapas da SCeE.

A PUE C (Apêndice 5) refere que tem havido crescimento para a prática simulada, assim como maior produção científica para capacitar os estudantes.

Salientamos a opinião da PUE E (Apêndice 5), testemunha que havia uma estudante a enfrentar algumas dificuldades no estágio de cuidados de saúde diferenciados no hospital e, num espaço de discussão com o tutor que estava a orientar a sua prática clínica, foi sugerido à estudante recorrer à SCeE como estratégia educativa para ultrapassar essas dificuldades, revelando-se um momento de construção de aprendizagem significativa, valorizada fundamentalmente pela estudante.

D - CATEGORIA - Inovação e investigação da SCeE

Investigação e parcerias na SCeE

A maioria dos professores menciona que já houve estudos de investigação sobre a SCeE, nomeadamente sobre a satisfação do estudante no *debriefing*, divulgado em conferência de investigação. A PUE B (Apêndice 5) refere a importância de elaborar mais estudos para avaliar o impacto da SCeE nas competências desenvolvidas pelos estudantes.

A PUE C (Apêndice 5) releva a investigação em saúde como essencial para melhorar os processos assistenciais da prática. A PUE D (Apêndice 5) revela que conhece poucos estudos na área da SCeE, ajuizando como uma *lacuna* e defende mais investigação nesta área no futuro. Opinião também partilhada pelas PUE E e F (Apêndice 5) que valorizam com pormenor o fenómeno da SCeE.

5.3 - Cruzamento da síntese da análise de conteúdo dos estudantes com os professores

A SCeE constitui uma estratégia educativa envolvente e colaborativa com vários intervenientes no processo de aprendizagem. Nesse sentido, assume-se como relevante o cruzamento de informações entre os estudantes e os professores, no sentido de analisar a opinião de cada um dos protagonistas e a visão para uma educação progressista. Por um lado, a visão do professor, preocupado em fornecer uma estratégia pedagógica e interativa e, por outro lado, o estudante, foco principal dos processos de aprendizagem (Correia, 2011).

Caraterização do entrevistado

A maioria dos estudantes universitários entrevistados é do género feminino e um estudante do género masculino. Em relação aos docentes entrevistados são todos do género feminino. O 12º ano de escolaridade representa a habilitação académica predominante nos estudantes, contudo existem alguns com Licenciatura e Mestrado em área do conhecimento diferente da enfermagem. As professoras encontram-se habilitadas com Mestrado em enfermagem e outras áreas do conhecimento científico e algumas com Doutoramento e desempenham a atividade de docente em tempo integral.

O intervalo de idades predominante nos estudantes situa-se entre os 21 e os 25 anos, embora haja estudantes com idade superior a 30 e 45 anos. Nas professoras a média de idade situa-se nos 56 anos de idade, a professora mais nova tem 44 anos e a mais velha 65 anos.

Conceito da SCeE

Os estudantes descrevem a SCeE como uma estratégia capaz de promover experiências de aprendizagem e de proporcionar o desenvolvimento de competências para resolver problemas. Reconhecem na SCeE uma estratégia educativa para consolidar conhecimento, com recurso a simuladores, que cultiva uma prática próxima do real, estimulando os estudantes a dar uma resposta eficaz aos casos clínicos.

As professoras também definem a SCeE como uma estratégia pedagógica para transferir conhecimentos e gerar novas competências. Valorizam, à semelhança dos estudantes, o realismo das práticas e defendem que esta estratégia educativa promove a autoestima, confiança, satisfação e prepara-os para os desafios da prática. A estudante EUE 4 reconhece que a SCeE permite o desenvolvimento de habilidades profissionais e técnicas, no entanto manifesta-se defraudada pela expectativa de uma experiência inesquecível. No geral, os estudantes consideram a SCeE uma experiência essencial para se familiarizarem com a prática de cuidados e fazem referência à ocorrência do erro clínico, situação que, apesar de não ser recomendável, pode desenvolver aprendizagem quando refletida a ação. Não obstante, os estudantes entendem que a SCeE representa uma experiência para colocar à prova as habilidades técnicas, mas também se sentem pressionados, nervosos e com falhas ao nível do raciocínio por sentirem que a SCeE é para avaliar as suas competências e habilidades técnicas. As professoras caracterizam a SCeE para desenvolver competências e aperfeiçoar habilidades técnicas e não evocam a componente avaliativa à semelhança dos estudantes.

Ambiente de SCeE

A grande maioria dos estudantes desenvolveu a experiência da SCeE no ambiente do CSC e identifica esse ambiente como fundamental para o treino de competências, atendendo ser um ambiente controlado e propício ao progresso de competências clínicas. No entanto, alguns estudantes relatam que o realismo do ambiente da SCeE ficou condicionado pela falta de alguns recursos materiais, que obrigou o estudante a recorrer à imaginação.

O papel do enfermeiro mediador no ambiente da SCeE, como facilitador do processo de aprendizagem, foi fundamental pelo nível de conhecimento prático, pela organização das bancas práticas e pela explicação das dinâmicas de funcionamento do CSC, assim como pela explicação sobre o nível de comunicação dos simuladores, canalizando recursos

essenciais para o espírito de interajuda e interação com todos os intervenientes no processo de SC.

O ambiente do CSC de alta-fidelidade e realismo operado pelos simuladores provocou, em alguns estudantes, surpresa e nervosismo, associando à falta de conhecimento sobre as características e funcionalidades dos mesmos. No entanto, a grande maioria reconhece o ambiente de SCeE no CSC bem conseguido, organizado e muito semelhante ao contexto da prática real e ótimo para treino da comunicação terapêutica, interajuda na relação de equipa e para promover a interação entre os intervenientes na simulação do cuidar, assim como estimular o raciocínio crítico, clínico e autonomia da ação profissional.

Os professores corroboram da opinião dos estudantes em identificar o ambiente da SCeE com propício para a aprendizagem, por ser um ambiente protegido para as experiências clínicas e por permitir uma mediação do processo ativo da aprendizagem entre todos os intervenientes. Os estudantes diferenciam o ambiente de alta-fidelidade, mais realista e propício a essas experiências, semelhantes à prática real em contrapartida aos ambientes com simuladores de baixa e média fidelidade, menos realistas. Em relação aos professores, classificam o ambiente da SCeE do CSC de alta-fidelidade como “maravilhoso” que permite a colaboração simultânea dos intervenientes para uma experiência de aprendizagem autêntica e significativa.

Os estudantes manifestam que a apresentação expositiva sobre o CSC e o ambiente de SCeE através de um formato digital em sala de aula não é suficiente, quando comparado com o conhecimento adquirido com uma visita ao local.

Alguns professores relatam maior prevalência das experiências da SCeE em cenários clínicos no contexto hospitalar (cuidados de saúde diferenciados) e sugerem que as experiências deveriam ser extensíveis também aos cuidados de saúde primários no indivíduo, família e comunidade. Consideram o ambiente de SCeE seguro para as primeiras experiências nos estudantes e, nessa ótica, um recurso fundamental e disponível a todos os contextos da prática clínica.

Características dos simuladores

Os estudantes descrevem os simuladores como recursos estruturais para a SCeE porque conferem realismo às experiências e com precisão simulam funções anatómicas e

fisiológicas do corpo humano, embora alguns estudantes manifestem que esperavam maior realismo.

Os professores classificam os simuladores como ferramenta didática, vocacionada para construir competências em ambiente controlado. Valorizam as potencialidades dos simuladores para estimular o raciocínio crítico e a relação terapêutica na prestação de cuidados. Valorizam o realismo dos simuladores, assim como a oportunidade de proporcionar um ambiente seguro para a prática de técnicas invasivas e sem risco para o doente.

Inevitavelmente os estudantes estabelecem uma comparação entre os simuladores do CSC e do meio académico, elogiam o realismo dos simuladores de alta-fidelidade do CSC e sugerem investimento semelhante nos laboratórios do meio académico.

As potencialidades identificadas nos simuladores de alta-fidelidade do CSC motivou os estudantes a solicitarem mais horas de prática de SC, considerando que os simuladores potenciam o desenvolvimento de habilidades técnicas durante as experiências educativas. O número de horas atribuído para a SC de alta-fidelidade foi insuficiente.

Aprendizagem desenvolvida no ambiente de SCeE

Os estudantes descrevem a SCeE vocacionada para a avaliação do desempenho de competências dos estudantes e consideram que esse fator gera uma carga emocional intensa ao nível da ansiedade de sentirem que estão a ser avaliados, que não favorece a aprendizagem. Os professores identificam o ambiente como de aprendizagem e alertam para a necessidade de preparar os estudantes para a avaliação de que são sujeitos, ou seja, identificam também a SCeE como espaço para avaliar as habilidades técnicas, humanas e relacionais.

Os professores reconhecem que o ambiente de SCeE procura desenvolver uma nova dinâmica de aprendizagem, por ser um ambiente seguro, com a possibilidade para aprender com o erro clínico e possibilitar a programação de qualquer experiência de aprendizagem. Nesta ótica, os estudantes manifestam que, após a experiência educativa na SCeE, se sentem mais bem preparados para exercer a profissão e valorizam o importante papel da mediação exercida pelo professor no processo da construção da aprendizagem, embora

registem uma componente emocional de stress e ansiedade para não falhar, o que condiciona a experiência na plenitude.

Não obstante, os professores identificam que a aprendizagem na SCeE permite o desenvolvimento de competências para o cuidar holístico, estimula o pensamento crítico e permite diversificar os contextos da prática clínica. Neste sentido, remendam a atualização de alguns simuladores no sentido de otimizar as experiências de aprendizagem.

SCeE transformadora do conhecimento

Alguns estudantes relatam poucas horas de prática simulada no CSC, salientam que as horas programadas são frequentemente vocacionadas para avaliar as habilidades técnicas dos estudantes, condicionando a construção do conhecimento. Defendem um aumento do número de horas de prática simulada para desenvolver experiências de prática clínica, fora do âmbito da avaliação, criando condições para construir mais conhecimento sobre os fenómenos. Referem, também, que a pressão exercida para não falhar na SC, promove por um lado algum crescimento e contribui para a transformação do autocontrolo para lidar com a pressão, também presente no contexto da prática.

Os professores valorizam o efeito potenciador da SCeE ao nível do conhecimento e da fundamentação teórica das práticas e, nesse sentido, defendem a realização de mais experiências educativas com recurso à SCeE, à semelhança dos estudantes. Defendem também que as práticas de SCeE deveriam ser extensíveis aos vários contextos da prática de enfermagem e do processo holístico do cuidar.

Os professores evocam que a experiência de SCeE deverá colocar o estudante no centro do processo da aprendizagem, com o objetivo de trabalhar o crescimento individual do conhecimento, embora reconheçam a dificuldade de os simuladores substituírem a complexa e genuína relação humana, assim como as vicissitudes decorrentes dessa interação.

Os momentos de debate privilegiados à reflexão sobre os casos clínicos e os processos de metacognição desenvolvidos na experiência da SCeE promovem insights e catalisam a progressão do conhecimento, ainda assim defendem os estudantes que os professores deveriam programar os casos clínicos em parceria com as necessidades individuais de cada estudante. Não obstante, defendem que a reflexão, o pensamento crítico e a autonomia do

pensamento como produto dessa experiência permitiria uma transfiguração para um conhecimento atual e em resposta às expectativas de aprendizagem.

Inovação na SCeE

Os estudantes consideram o ambiente de SCeE inovador pelo cenário realista que os simuladores de alta-fidelidade conferem à experiência, pela interação dinâmica que proporcionam nos casos clínicos ao nível da aprendizagem e por exercerem experiências de SC sem exposição humana.

Alguns estudantes consideram ser um ambiente inovador pelo realismo, pela utilização de tecnologia informatizada em associação aos simuladores de alta-fidelidade e por criar condições de ensino aprendizagem antes da experiência em pessoas. Contudo, outros estudantes alertam que a inovação poderá estar condicionada pela estratégia pedagógica dinamizada pelos professores. Os professores consideram a SCeE inovadora e, à semelhança dos estudantes, valorizam a tecnologia digital no ensino da enfermagem como uma estratégia para promover a aprendizagem.

Por outro lado, os professores defendem uma inovação ao nível da transformação dos processos da SCeE com maior envolvimento dos estudantes no processo da construção e salientam a necessidade de uma estreita colaboração entre todos os intervenientes da SCeE (professores, estudantes, participantes na simulação), agilizando recursos para atender à complexidade de interpretar, analisar e resolver fenómenos de enfermagem.

Parcerias das estruturas académicas com a comunidade de profissionais da SCeE

A grande maioria dos estudantes e professores refere como uma mais-valia a parceria desenvolvida com o CSC de alta-fidelidade, como fundamental nos processos de construção da aprendizagem.

Práticas educativas desenvolvidas na SCeE

Os estudantes referem o desenvolvimento do pensamento crítico e a reflexão como estratégia educativa para compreender o processo de aprendizagem na SCeE. Utilizaram também um guião na SC para desenvolver uma demonstração sobre a resolução de caso

clínico e reforçam a importância dos projetos de simulação no processo de ensino e aprendizagem. Os professores referem utilizar práticas educativas na SCeE, como a dramatização/encenação de casos clínicos adequados à realidade prática do estudante, resolução de fenómenos de enfermagem associados a estudos de caso e autoscopias. Mencionam a importância do modelo teórico de enfermagem para fundamentar a SCeE. Alguns professores reconhecem a necessidade de uma melhor preparação da SCeE com suporte nas teorias da aprendizagem.

Educação transformadora da SCeE

Os estudantes reconhecem a importância de desenvolver o raciocínio clínico no processo de construção de uma aprendizagem significativa no ambiente de SCeE. Os professores também defendem o desenvolvimento de metodologias educativas que permitam estimular o pensamento e raciocínio crítico e clínico como suporte à SCeE e defendem a elaboração dos casos clínicos em consonância com o contexto da prática. Neste sentido, alguns professores confessam que a SCeE de alta-fidelidade se encontra divergente da lecionação dos conteúdos e que naturalmente constitui uma estratégia essencial para o ensino/aprendizagem e não poderá ser utilizada somente para avaliar as habilidades dos estudantes. Utilizar a SCeE para avaliar as habilidades dos estudantes, limita as suas potencialidades educativas, assim como a transformação de processos para uma aprendizagem significativa.

Alguns professores não mencionam teorias da aprendizagem para fundamentar a SCeE, embora reconheçam que seria interessante integrar os estudantes nos processos de construção dos casos clínicos a serem desenvolvidos na SCeE, assim como promover a discussão de fenómenos de enfermagem obtidos através das experiências desenvolvidas nas práticas clínicas.

Os professores alertam para a complexidade do cuidar humano, aludindo às experiências em laboratório de alta-fidelidade, e que as pessoas não se cuidam com um simples clicar, reforçando a importância do empoderamento do estudante em todas as fases do processo educativo da SCeE.

Sentimento de apropriação na elaboração do projeto da SCeE

Os estudantes referem não participar na elaboração do projeto da SCeE e manifestam algum desconhecimento sobre as características do projeto de simulação. O caso clínico a operar na SCeE é elaborado pelo professor e apresentado ao estudante, que simultaneamente é desafiado a resolvê-lo na prática simulada. Um estudante refere que foi envolvido parcialmente no processo de construção do caso clínico, mas conclui que deveria ter sido mais envolvido.

Os professores manifestam que de facto seria uma mais-valia a participação dos estudantes no projeto da SCeE, embora necessitasse de orientação prévia. Reforçam que essa participação, atendendo ao feedback que têm colhido dos estudantes, gerava mais satisfação e empoderamento no processo de aprendizagem. Assim, o sentimento de estarem perdidos na SCeE expressado pelos estudantes poderia ser minimizado com a integração plena na construção do projeto de SC (todas as fases de elaboração) e combatia também o nervosismo e a ansiedade quase sempre presente nas práticas da SC. Como nos referem alguns professores, a envolvimento do estudante no processo de aprendizagem (todas as fases de construção) é a forma mais estável de afirmar o estudante no centro da aprendizagem.

Modelos de suporte para a SCeE

A maioria dos estudantes desconhece modelos de suporte à SC e refere que utilizaram o modelo de enfermagem de Nancy Roper (modelo de enfermagem) como suporte ao raciocínio do caso clínico na SCeE. No entanto, alguns estudantes acolhem com entusiasmo a utilização de modelos de SC para melhor organização dos casos clínicos na SCeE.

Em relação aos professores, manifestam que utilizaram modelos de referência sobre o processo de enfermagem para fundamentar os casos clínicos e melhor interpretação do juízo clínico, ou seja, os professores não aplicam modelos de SC propriamente dito, mas antes da experiência promovem uma introdução a elencar os objetivos que são pretendidos com a simulação e a aplicabilidade do processo de enfermagem.

Contexto de simulação clínica

A larga maioria dos estudantes desenvolveu a SCeE no CSC com manequins de alta-fidelidade, assim como também algumas experiências nos laboratórios do contexto académico inseridos nas práticas laboratoriais das unidades curriculares com manequins com níveis de fidelidade mais baixos. À semelhança dos estudantes todos os professores também desenvolveram a SCeE no CSC com simuladores de alta-fidelidade.

Preparação da SCeE e *prebriefing*

A maioria dos estudantes manifesta que não estava preparado para a experiência da SCeE, assim como os professores, que reconhecem que os estudantes estão motivados, mas não preparados, apesar de haver uma apresentação expositiva sobre as características físicas do CSC, como também a informação em guião com algumas informações sobre o caso clínico a ser desenvolvido na prática simulada. Por outro lado, os estudantes foram convidados para conhecer o local físico do CSC de alta-fidelidade, mas não houve espaço para manusear os simuladores e os materiais disponíveis utilizados na resolução dos casos clínicos. Os estudantes referem que a SCeE serviu de instrumento para avaliar os conhecimentos e as habilidades adquiridas.

A exposição de conteúdos nas aulas teóricas desenvolvidas pelo professor proporcionou alguma preparação para desenvolver casos clínicos na SCeE. O estudante EUE 10 considera que houve espaço para um *prebriefing* e que isso foi importante para conhecer o espaço físico, mas assume que não se sentia preparado para a SCeE.

Conhecer o espaço físico e a dinâmica de funcionamento do CSC assume-se como uma etapa fulcral para diminuir o sentimento de estarem perdidos e canalizar nos estudantes uma preparação prévia para desenvolver a SCeE como uma experiência autêntica e significativa. Nessa ótica, assume-se fundamental um *prebriefing* estruturado numa visita física ao CSC para conhecer em pormenor o funcionamento dos simuladores e materiais utilizados, manuseá-los e conhecer ativamente as suas potencialidades, contribuindo para a diminuição do stress e ansiedade prevalente nestes ambientes. Salientamos que o facto de alguns estudantes não conhecerem o espaço físico à priori para a SCeE, provoca alguma ansiedade e condiciona a apreensão de informação detalhada para o desenvolvimento do caso clínico.

Os professores identificaram que os estudantes sentiram algumas dificuldades de integração no CSC, nomeadamente nos espaços físicos e no funcionamento dos simuladores, importando uma carga de ansiedade que interfere nas experiências de aprendizagem. Salientam a importância de dar a conhecer o CSC com simuladores de alta-fidelidade, assim como as dinâmicas de funcionamento e as suas potencialidades.

Os professores identificam, também, o *prebriefing* como uma fase fundamental para preparar o estudante para a SCeE, nomeadamente possibilitar uma pesquisa científica para documentar os casos clínicos a serem desenvolvidos e proporcionar condições para uma experiência de aprendizagem autêntica e produtiva e, fundamentalmente, como instrumento educativo para promover o envolvimento do estudante e diminuir a carga de ansiedade muito frequente no contexto de desconhecimento.

Alguns professores testemunharam a experiência da SCeE em estudantes com e sem *prebriefing*, e identificam que os estudantes preparados com o *prebriefing* desenvolvem o caso com melhor nível de segurança e confiança.

Fase *briefing* na SCeE

Alguns estudantes demonstraram desconhecimento sobre o *briefing*, no entanto a maioria reconhece esta fase importante para o desenvolvimento do caso clínico, nomeadamente ser um espaço fundamental para algumas informações preciosas sobre as características do caso e salientar notas introdutórias sobre a dinâmica e funcionamento dos simuladores.

Os estudantes identificam o *briefing* como uma fase rápida e com alguma informação detalhada para assimilar em pouco tempo, o que agrava por um lado a ansiedade e o nervosismo, fundamentalmente por ser operado dentro do cenário de prática simulada, mas por outro lado, consciencializou-o também para a responsabilidade do papel de profissional de saúde.

Os professores reconhecem o *briefing* como um momento de alguma pressão e os estudantes apresentam algumas dificuldades em interpretar os casos, necessitando de alguma orientação. Nesta fase os professores explicam aos estudantes o caso que será desenvolvido, facultam tempo para maturar e questionarem sobre o caso e criam condições para o estudante proceder a uma colheita de dados adicionais sobre o caso clínico a ser desenvolvido na experiência de SCeE.

Há um reconhecimento dos professores que o *briefing* representa um espaço de aprendizagem para o estudante interpretar o caso e pesquisar informações adicionais no seu processo de aprendizagem. Nesta fase do processo de SC o professor assume um papel de facilitador e, após fornecer toda a informação necessária, cria condições de aprendizagem para atender às necessidades individuais de cada estudante.

Experiência educativa com o participante simulado na SCeE

A maioria dos estudantes não teve a experiência com o participante simulado e relata os contributos positivos do Enfermeiro residente no CSC com dicas importantes para ajudar à resolução de alguns casos clínicos. No entanto, reconhece que a inclusão de participantes simulados, como familiares, amigos e pessoa significativa no processo do cuidar, permitiria a construção de competências multidisciplinares para o cuidar holístico.

Apesar da maioria dos estudantes testemunhar que não utilizou os participantes simulados na SCeE, os professores referem que o utilizam, embora a PUE A assumia que não utilizou. Não obstante, é unânime entre os professores que a figura do participante simulado representa uma oportunidade para o treino de competências profissionais em contexto familiar e na comunidade. Provavelmente existe uma não clarificação do conceito de participante simulado entre alguns intervenientes do processo de SCeE, fortemente associado aos casos clínicos que envolvem crianças acompanhadas pela mãe ou pelo pai. A inclusão da figura do participante simulado é defendida pelos professores por permitir uma visão holística nas várias dimensões humanas do processo do cuidar da família e comunidade.

Experiência e vivências na SCeE

A maioria dos estudantes classifica a experiência na SCeE gratificante e que estimula o raciocínio clínico pela natureza do realismo das experiências, defende mais horas de experiência, embora haja a referência ao cariz avaliativo predominante na SCeE capaz de gerar ansiedade e stress que interferem nas experiências de aprendizagem.

Não obstante, a experiência de SCeE é positiva e considerada positiva pelos estudantes, promove maior confiança para as intervenções da prática de enfermagem, cria condições para progredir no treino do raciocínio rápido e lógico, acolhe a experiência educativa

realista, valoriza o trabalho em equipa e constitui um recurso fundamental para adquirir mais confiança para a prática clínica.

Atendendo às potencialidades da SCeE os estudantes solicitam mais horas de prática, a nível individual ou em grupo, embora manifestem que as experiências em grupo diluí as experiências de aprendizagem. Referem que a experiência no laboratório académico não tem um cariz tão avaliativo e há mais apoio dos professores, em relação às experiências de alta-fidelidade desenvolvidas no CSC.

As experiências em grupo proporcionada pelos professores, apesar de diluir as oportunidades de aprendizagem, são referidas pelos estudantes como uma vantagem dos momentos de discussão em grupo para a resolução de problemas e para a construção de um conhecimento significativo.

A experiência/vivência na SCeE é considerada positiva, promove a partilha do conhecimento, a interajuda, o trabalho de grupo, a resolução de problemas, o debate de ideias e contribui para a construção de um conhecimento sólido e significativo. Os estudantes reconhecem o papel colaborativo dos enfermeiros do CSC que apoiam a SCeE, nomeadamente no controlo das respostas dos simuladores de alta-fidelidade em fornecer dicas subtis para ajudá-los na resolução dos casos clínicos.

A maioria dos professores identifica a SCeE como uma experiência de aprendizagem muito semelhante ao contexto da prática real, nomeadamente em analisar processos de enfermagem. Reconhece uma forte carga emocional nos estudantes durante essas experiências, já manifestada também pelos estudantes, e assume que o professor desempenha um papel de facilitador da aprendizagem, e é natural garantir o rigor instrumental, relacional e raciocínio crítico para estimular o estudante a refletir e a fundamentar os focos de enfermagem.

Não obstante do realismo implementado pelos simuladores de alta-fidelidade, os professores salientam que não há simulador que substitua a genuína relação humana e referem a necessidade fundamental de aplicar dinâmicas estruturais de aprendizagem para estimular a reflexão e o pensamento crítico do estudante. Ou seja, criar condições para os estudantes atingirem os seus objetivos e desenvolverem as dimensões cognitivas, efetivas e instrumentais.

A natural carga emocional dos estudantes que emerge nas experiências de SCeE, alvo de preocupação dos professores, deverá ser canalizada para apoiar os estudantes a encontrar o caminho para uma experiência de aprendizagem agradável, gratificante e significativa.

Contributos da fase *debriefing*

O *debriefing* é identificado pelos estudantes como uma das fases mais importante da SCeE, pelos momentos de reflexão que proporciona, pela análise dos erros identificados, pelas sugestões recomendadas pelo professor para otimizar a intervenção terapêutica e pelo peso significativo no desenvolvimento da aprendizagem. No entanto, os estudantes salientam a excessiva valorização dos aspetos negativos no desenvolvimento do caso clínico. Não obstante, o *debriefing* bem conduzido promove crescimento, análise e autoavaliação, requisitos fundamentais para o desenvolvimento da aprendizagem.

Os professores atribuem ao *debriefing* um momento especial de reflexão sobre todo o processo que envolve a SCeE, em identificar dificuldades, sentimentos e emoções e, nesse sentido, representa um momento de aprendizagem. Alguns professores relatam que não encontraram condições físicas devido ao número elevado de estudantes por grupo para realizar o *debriefing*.

Resultados e ganhos com a SCeE

Os estudantes referem obter vários ganhos com a SCeE, maior capacidade para a reflexão, melhor interação na equipa multidisciplinar e aquisição de mais competências para o exercício profissional. Por outro lado, valorizam os conteúdos teóricos lecionados com aplicabilidade no caso clínico desenvolvido na SCeE. Permitiu maior confiança e melhor preparação para a resolução de problemas, permitiu consolidar conhecimentos, estruturar o pensamento, planear cuidados e minimizar a ocorrência do erro clínico.

Os professores são unânimes em identificar muitos ganhos com a SCeE, ajuda na aprendizagem, promove habilidades comunicacionais, na relação de ajuda e identifica necessidades de maior investimento para um desenvolvimento profissional que o capacite para resolver processos complexos de saúde. Os professores salientam a progressão ao nível da estrutura do pensamento e do planeamento das intervenções e tomadas de decisão.

Casos Clínicos desenvolvidos na SCeE

Os estudantes consideram que os casos clínicos foram adequados à realidade, no entanto sugerem mais diversidade dos mesmos. Alguns consideram que os estudantes deveriam participar na construção dos casos.

Os professores concordam com os estudantes em relação aos casos clínicos, são adaptáveis à realidade de cada estudante, embora a PUE B seja da opinião que são superficiais. A PUE C defende a participação do estudante na construção do cenário.

Papel do estudante na SCeE e o seu bem-estar individual e coletivo

Os estudantes descrevem que tentam cumprir com as orientações planeadas pelo professor e exercem um raciocínio para resolver um caso clínico apresentado, atendendo a que são alvo de uma avaliação de conhecimentos e competências. Alguns estudantes sentiram-se perdidos na SCeE, ambiente “frio e distante”, sob o olhar de um professor com o intuito de avaliar.

Os estudantes defendem a sua participação na construção dos casos clínicos a operar na SCeE como uma forma de promover a integração no processo de simulação, cultivar um bem-estar e esbater a influência negativa do seu desempenho na SC contar para nota.

Os professores destacam o interesse do estudante em participar na SCeE e descrevem o ambiente de proximidade entre todos os intervenientes durante a prática simulada. Consideram o ambiente do CSC harmonioso e acolhedor, embora reconheçam também que possam emergir períodos de ansiedade e nervosismo.

Os professores partilham da opinião dos estudantes sobre o nível de colaboração dos enfermeiros residentes no CSC, preocupados em criar condições e um ambiente acolhedor favorecendo o espírito de aprendizagem.

Planeamento participativo do estudante na SCeE

Os estudantes não participaram na construção da SCeE, referem que já estava tudo operacionalizado pelo professor e defendem que os estudantes deveriam participar na construção dos casos clínicos que refletissem as suas dificuldades e experiências clínicas.

Alguns professores não manifestam opinião sobre a participação de estudantes na construção da SCeE, no entanto a PUE C relata que durante a pandemia COVID 19, devido às restrições de isolamento, os estudantes foram convidados a construir casos clínicos fruto das experiências que obtiveram nos estágios e também após uma revisão teórica. Obtiveram um feedback muito positivo como a experiência de aprendizagem, os estudantes manifestaram dedicação, entusiasmo e satisfação. Não obstante, os professores reiteram ser fundamental preparar os estudantes para a experiência da SCeE porque estamos a formar pessoas para cuidar de pessoas.

Espaços democráticos e cultura da prática simulada

Os estudantes manifestam que não houve espaço para debater a cultura de uma prática simulada, foi abordado teoricamente de forma rápida a importância da SCeE no CSC e as expectativas de aprendizagem.

A professora PUE E testemunha a história de uma estudante com dificuldades de desempenho no estágio clínico, foi sugerido SCeE direcionada para as dificuldades expressas e revelou-se uma estratégia educativa de sucesso que permitiu à estudante obter um desempenho positivo com a obtenção dos objetivos propostos no estágio. Os professores reconhecem que a prática simulada capacita os estudantes a obterem melhores resultados e alguns defendem mais autoscopias.

Investigação e parcerias na SCeE

Os estudantes não identificam estudos de investigação na área da SCeE nem parcerias com estruturas profissionais, embora reconheçam a importância de investir nessas áreas para a construção de um conhecimento sólido e atual.

Os professoras mencionam que no passado já houve estudos de investigação na área, nomeadamente sobre a satisfação do debriefing e, nesse sentido, sugerem a elaboração de mais estudos para contribuir para o desenvolvimento de competências dos estudantes. Assumem a investigação como essencial para otimizar os processos da prática e defendem mais investigação no futuro.

5.4 - Síntese da análise de conteúdo do *focus group* aos estudantes

As entrevistas individuais constituem métodos qualitativos usados para colher informações sobre os fenómenos sociais em estudo. No entanto, atendendo à natureza complexa sobre o processo educativo que envolve a SCeE, optámos por procurar mais dados sobre o fenómeno em estudo, com recurso ao FG aos estudantes do CLE e aos enfermeiros recém-licenciados com experiência em SCeE e com menos de 24 meses de experiência profissional. O objetivo de colher mais dados, para além das entrevistas individuais com recurso ao FG, permitiu conhecer as informações relevantes que emergem na discussão entre os intervenientes, conhecer a diversidade das perspetivas sobre o fenómeno em estudo, observar comportamentos, atitudes e identificar consensos ou divergências de opiniões sobre o objeto em estudo.

Aos estudantes que participaram no FG foi atribuída uma codificação de: FGA; FGB; FGC; FGD; FGE; FGF e FGG (Apêndice 7).

A – Caraterização do entrevistado

Quadro 16. Identidade de género dos estudantes do *focus group*

	Masculino	Feminino
Nº de estudantes (7)	3	4

Nota. A maioria das (os) estudantes do *focus group* identifica-se como género feminino e três género masculino.

Quadro 17. Classe etária dos estudantes *focus group*

Classe etária	19 – 24 anos	25 – 29 anos	30 a 34 anos	Maior 35 anos
Nº de estudantes (7)	3	2		2

Nota. A média de idade dos participantes está nos 28 anos, dois estudantes têm idade superior a 39 anos de idade.

Quadro 18. Contexto profissional dos estudantes *focus group*

	Estudante	Trabalhador-estudante
Nº de estudantes (7)	4	3

Nota. O contexto profissional prevalente é a figura de estudante e três das participantes são trabalhadoras-estudantes.

Quadro 19. Local de residência dos estudantes *focus group*

	Concelho do Funchal	Outro
Nº de estudantes (7)	6	1

Nota. A maioria das estudantes reside no Concelho do Funchal e uma estudante em Machico.

Quadro 20. Habilitações académicas dos estudantes *focus group*

	12º ano escolaridade	1º ciclo de estudos	2º ciclo de estudos
Nº de estudantes (7)	6	1	0

Nota. Como habilitações académicas a maioria tem o 12º ano e uma estudante com licenciatura numa área diferente da enfermagem.

B - CATEGORIA – Caracterização da SCeE

B1 – Subcategoria conceito da SCeE

Todos os estudantes descrevem a SCeE como um espaço para o treino de cenários que ajuda a desenvolver competências para a prática clínica. Porém, a grande maioria considera ser um momento de pressão e de avaliação de competências e habilidades técnicas. Referem que frequentemente desconhecem à priori o caso que vão simular e referem que a SCeE se assume como um recurso para testar a orientação do estudante na prática clínica, no entanto manifestam que inicialmente se sentem perdidos pela falta de preparação. Aceitam a SCeE como um desafio para treinar a resposta terapêutica num cenário real, frequentemente incerto e vulnerável.

B2 - Subcategoria - Ambiente de SCeE

A discussão gerada comungou da opinião da maioria dos estudantes que o ambiente da SCeE é propício a uma aprendizagem significativa pelo realismo proporcionado pelos SiAF ao nível das respostas humanas. No entanto, alguns estudantes referiram que a aprendizagem não foi muito diferente da experienciada com simuladores com níveis mais baixo de fidelidade, opinião partilhada pela participante FGF (Apêndice 7) que afirma “não ganhei nada que não tivesse feito aqui no laboratório académico”. Manifestam que as horas no ambiente da SCeE são reduzidas para as necessidades de aprendizagem e defendem que na formação académica deveriam proporcionar mais essas experiências de aprendizagem.

B3 - Subcategoria - Características dos simuladores na SCeE

A maioria dos estudantes classifica as características dos SiBF limitadas para a aprendizagem. Descrevem que os simuladores no laboratório académico apresentam sinais visíveis de desgaste, provavelmente pelo uso frequente nas aulas teórico-práticas e reconhecem que esse desgaste condiciona o comportamento dedutivo dos estudantes e sugerem uma revisão dos mesmos. Em relação à experiência com SiAF no CSC, a grande maioria considera esse recurso como uma mais-valia para potenciar os processos de aprendizagem, embora o estudante FGF (Apêndice 7) se tenha manifestado surpreendido com o nível avançado de tecnologia envolvida nos SiAF, confessando de que não estava preparado para tanta evolução e, por esse facto, sentiu-se condicionado para responder às etapas do processo de simulação por não estar preparado para aquele tipo de resposta do simulador.

B4 – Subcategoria aprendizagem desenvolvida no ambiente de SCeE

A maioria dos estudantes na discussão *focus group* descreve a SCeE como um ambiente propício para experiências de aprendizagem, fundamentalmente como recurso para aperfeiçoar o treino de competências e para desenvolver técnicas sobre o cuidar humano. O ambiente de SCeE no CSC constitui um espaço privilegiado para a troca de experiências com os enfermeiros da prática em ambiente controlado. Ainda assim, alguns estudantes descrevem sentimentos como a ansiedade no decorrer da prática simulada (FGB) (Apêndice 7), alguma desorganização (FGC) (Apêndice 7) e alguma pressão, referem

sentirem-se avaliados e observados durante essa experiência de SCeE e salientam que essas situações interferem na qualidade da aprendizagem.

Alguns estudantes referem o desconhecimento do espaço físico para a SCeE, não sabendo ao certo o que iam fazer, e isso gerou ansiedade e condicionou a aquisição de conhecimento.

B5 - Subcategoria a SCeE transformadora do conhecimento

A presença dos Enfermeiros no CSC durante a SCeE constituiu um recurso fundamental para promover a partilha de experiências da prática e para criar condições para debater os fenómenos de enfermagem nos vários contextos da prática, ou seja, procurar difundir o conhecimento pela partilha das experiências. O estudante FGB (Apêndice 7) testemunha que a interrupção da SCeE, por vezes operada pelo professor para aplicar medidas corretivas, interfere negativamente no processo de construção do conhecimento.

A estudante FGD (Apêndice 7) salienta a transformação do conhecimento obtido fruto da partilha das experiências dos enfermeiros da prática no ambiente de SCeE. Por outro lado, os estudantes FGF (Apêndice 7) e a FGG (Apêndice 7) também se manifestaram sobre a transformação do conhecimento na SCeE e valorizam a partilha das experiências para atuar em áreas sensíveis no atendimento à família, comunidade e processos complexos de saúde doença.

B6 – Subcategoria inovação no ambiente de aprendizagem da SCeE

Os estudantes identificam a inovação como uma experiência diferente da habitual exposição de conteúdos em sala de aula. Identificam a SCeE no CSC como complemento às aulas teóricas e teórico-práticas. Fazem referência aos meios tecnológicos utilizados no CSC e na SCeE e manifestam que os casos clínicos desenvolvidos deveriam ser partilhados com os estudantes, para melhor profundidade e exploração do mesmo.

B7 - Subcategoria parceria das estruturas académicas com a comunidade de profissionais da SCeE

Os estudantes desconhecem parcerias que possam ter sido desenvolvidas com estruturas profissionais na área da SCeE, embora confirmem a importância do CSC para a prática simulada e como um espaço privilegiado para desenvolver a aprendizagem significativa.

B8 - Subcategoria práticas educativas desenvolvidas na SCeE

Somente a estudante FGA (Apêndice 7) considera como práticas educativas a exposição de conteúdos e a apresentação de um caso clínico simulado para o estudante resolver os problemas identificados.

C – Categoria caracterização da prática da SCeE

C1 – Sentimento de apropriação na elaboração do projeto da SCeE

Os estudantes manifestam que não foram incluídos na elaboração do projeto de SCeE e a participante do FGA (Apêndice 7) critica que sendo o estudante foco da aprendizagem fica um pouco a desejar a sua não inclusão na elaboração dos casos clínicos.

A maioria dos estudantes confirma que não participou na elaboração do projeto de SCeE e considera que era importante serem integrados nesses projetos no sentido de melhor integração, melhor preparação e melhores condições para uma experiência produtiva e autêntica.

Os estudantes assumem que conheciam algumas linhas orientadoras do caso desenvolvido na SCeE, mas consideram que essas linhas genéricas durante a prática de simulação podem variar e não se sentiram preparados para essas alterações, como nos refere a estudante FGA (Apêndice 7) “pronto somos apanhados ali”.

O estudante FGF (Apêndice 7) refere que deveriam utilizar as experiências adquiridas pelos estudantes nas práticas dos estágios para desenvolver casos clínicos baseados em situações reais e assim adquirir mais aprendizagem com os mesmos. O estudante FGB (Apêndice 7) defende o estudante no centro do processo de aprendizagem e, nesse sentido, deveria ser conhecedor do caso a ser desenvolvido, o que não acontece.

C2 – Modelos de suporte para a simulação clínica

Os estudantes não fazem referência a modelos de simulação clínica por desconhecimento e evocam que na SCeE utilizam os modelos de enfermagem para fundamentar o caso clínico que é desenvolvido.

C3 - Subcategoria contexto da simulação clínica

A experiência da SCeE foi desenvolvida por todos os entrevistados no CSC e nos laboratórios de práticas simuladas em contexto acadêmico.

C4 - Subcategoria preparação da SCeE e o *prebriefing*

A maioria dos estudantes refere que não desenvolveu esta fase da SCeE, havia um espaço breve para apresentar o caso clínico e, posteriormente, era solicitado aos estudantes que desenvolvessem o caso clínico. Os estudantes reconhecem que uma fase de *prebriefing* poderia constituir uma fase importante para integrar os estudantes no ambiente de simulação, atendendo a que dá a conhecer ao estudante o espaço do CSC e a operacionalização funcional dos equipamentos do laboratório e dos simuladores.

Salientamos o testemunho da estudante FGE (Apêndice 7) que refere que se lembra de ser realizado uma fase do *prebriefing*, tipo um minuto disponibilizado para ver os materiais e posteriormente partir logo para a prática da SCeE. O tempo disponibilizado para conhecer os espaços físicos e a funcionalidade dos simuladores para a SCeE foi insuficiente.

C5 - Subcategoria fase de *briefing* na SCeE

A maioria dos estudantes do *focus group* identifica a fase do *briefing* como uma fase para conhecer o caso clínico que irá desenrolar na SCeE, no entanto para a maioria dos estudantes esta experiência foi insuficiente para conhecer os detalhes do caso e consideraram pela experiência que não ajudou a progredir na aprendizagem. O estudante FGB (Apêndice 7) refere que teve somente dois minutos de *briefing* e de seguida foi solicitado para começar a desenvolver o caso clínico.

O estudante FGC (Apêndice 7) refere que foi oferecido somente um guião que classificou de redutor, continha algumas linhas orientadores do caso. A estudante FGG (Apêndice 7)

nesta fase da SCeE desconhecia as características de alguns fármacos utilizados e foi impedida de participar na resolução do caso clínico.

C6 - Subcategoria experiência educativa com o participante simulado na SCeE

A grande maioria dos estudantes reconhece a mais-valia de ter outros participantes no projeto de SCeE (participante simulado), nomeadamente familiares, pessoa significativa e profissionais de saúde, considerando que associar o foco de cuidar da pessoa em consonância com outros intervenientes desse processo pode proporcionar experiências de aprendizagem diversas e prepará-los para a prática profissional. É frequente no dia a dia do cuidar holístico envolver a família, pessoa significativa e a comunidade.

Enaltecem a presença de profissionais de saúde (Enfermeiro) como figura de participante simulado ao desenvolver o caso clínico, porque possuem conhecimentos na área e direcionam o caso com conteúdo realista.

O estudante FGF (Apêndice 7) refere a importância da SCeE com a figura do participante simulado, no sentido de desviar o foco para desenvolver competências no atendimento à família, pessoa significativa, comunidade e os outros envolventes habituais no processo do Cuidar.

O estudante FGB (Apêndice 7) valoriza a presença do enfermeiro residente do CSC em colaborar na mediação da SCeE, dando dicas fundamentais para o estudante encontrar o caminho adequado para a resolução do caso.

C7 - Subcategoria experiência e vivências na SCeE

Nas experiências e vivências na SCeE os estudantes manifestam o cariz avaliativo quase sempre presente e consideram que essa postura condiciona o desenvolvimento de uma aprendizagem significativa, apesar de reconhecerem a SCeE como um instrumento fundamental para aprender e mobilizar o conhecimento.

O estudante FGC (Apêndice 7) refere que na sua experiência na SCeE merecia maior envolvimento e participação e não somente uma preocupação em identificar o conhecimento que possui, dando como exemplo a afirmação do professor: “você têm de saber aquilo e isto”. Defende que esta postura provoca pressão no estudante e condiciona a otimização da aprendizagem. A estudante FGG (Apêndice 7) sugere um perfil de mediação

mais facilitado pelo professor (mediador da aprendizagem), considerando que obteria melhores resultados de aprendizagem.

C8 – Subcategoria contributos da fase *debriefing*

Os estudantes reconhecem no *debriefing* um espaço importante para o desenvolvimento de uma aprendizagem significativa. No entanto, são de opinião que por um lado houve pouco tempo para desenvolver esta fase e por outro lado, em alguns casos clínicos o *debriefing*, foi improvisado com uma discussão entre os estudantes pertencentes ao grupo da simulação. Noutros casos clínicos o *debriefing* foi substituído por um relatório dos diagnósticos de enfermagem identificados na SCeE.

A estudante FGA (Apêndice 7) refere que este espaço de debate ficou “*um pouco a desejar*” e a estudante FGF (Apêndice 7) refere que atribuir 5/10 minutos para esta etapa é insuficiente e faz perder uma oportunidade para aprender.

C9 - Subcategoria resultados e ganhos com a SCeE

Os estudantes descrevem ganhos significativos na SCeE, nomeadamente o desenvolvimento do pensamento crítico, o desenvolvimento da argumentação clínica, o desenvolvimento do espírito do trabalho de equipa, a importância da comunicação profissional e terapêutica no seio da equipa de saúde.

O estudante FGF (Apêndice 7) enaltece a SCeE desenvolvida no CSC e nos laboratórios académicos para obter ganhos essenciais para a sua futura vida profissional, como gerir a ansiedade, gerir a capacidade de resposta aos problemas de saúde identificados e interiorizar o seu perfil como profissional competente.

C10 - Subcategoria os casos clínicos desenvolvidos na SCeE

A maioria dos estudantes opina que os casos desenvolvidos na SCeE como adequados, ainda assim salientam que os mesmos são idênticos ao longo de todos os anos letivos.

C11 - Subcategoria o papel do estudante na SCeE e o seu bem-estar individual e coletivo

A maioria dos estudantes defende que a SCeE deveria procurar maior envolvimento com o estudante e não ser “rotulado que não sabe ou não prestou atenção às aulas teóricas”. Alguns estudantes manifestaram que se sentiram atrapalhados e necessitavam de uma mediação mais intensa e direcional do professor ou enfermeiro do CSC no desenvolvimento do caso clínico.

A maioria dos estudantes manifesta o seu bem-estar condicionado pelo cariz avaliativo que é incutido na SCeE. O estudante FGF (Apêndice 7) e a FGG (Apêndice 7) sugerem que os estudantes participem na construção dos casos clínicos em colaboração com o professor ou o mediador da aprendizagem.

C12 Subcategoria planeamento participativo do estudante na SCeE

Só a estudante FGA (Apêndice 7) falou sobre a importância de inserir os estudantes ativamente na construção dos casos clínicos a serem desenvolvidos na SCeE.

C13 - Subcategoria espaços democráticos e cultura da prática simulada

Os estudantes do *focus group* documentam que não houve espaço de discussão sobre uma cultura da prática simulada.

D - CATEGORIA – Inovação e investigação na SCeE

D1 - Subcategoria investigação e parcerias na SCeE.

Não há referência a projetos e relatos de parcerias para o desenvolvimento da SCeE. Os estudantes referem que não participaram em estudos de investigação e salientam a necessidade de mais investimento na investigação para melhor compreender o fenómeno da SCeE.

A estudante FGG (Apêndice 7) refere que não houve oportunidade para estudos de investigação. O estudante FGF (Apêndice 7) salienta que a investigação é importante, mas confessa que não pesquisou sobre isso. A estudante FGB (Apêndice 7) forneceu o seu e-

mail pessoal para preencher um questionário após a SCeE, para efeitos de investigação, mas não chegou a receber o referido questionário.

5.5 - Síntese da análise de conteúdo do *focus group* dos enfermeiros recém-licenciados

A SCeE tem como foco preparar os estudantes do CLE para a excelência do exercício profissional, responsável e competente, segundo as diretrizes emanadas pela Ordem dos Enfermeiros. Nesta ótica, tem todo o sentido auscultar a opinião dos enfermeiros recém-licenciados sobre as experiências da SCeE na capacitação de competências para o livre e competente exercício da profissão de enfermagem. Os enfermeiros que participaram no FG foi atribuído uma codificação de: FGI, FGA; FGN; FGO; FGR e FGS (Apêndice 9).

A – Caracterização do entrevistado

Quadro 21. Identidade de género dos enfermeiros do *focus group*

	Masculino	Feminino
Nº de enfermeiros (7)	1	6

Nota. A maioria dos entrevistados identifica-se como género feminino e um Enfermeiro do género masculino.

Quadro 22. Classe etária dos enfermeiros *focus group*

Classe etária	19 – 24 anos	25 – 29 anos	30 a 34 anos	Maior 35 anos
Nº de enfermeiros (7)	5	0	1	1

Nota. A média de idade dos entrevistados encontra-se nos 28 anos. A entrevistada mais nova tem 22 e a mais velha 53 anos de idade.

Quadro 23. Contexto profissional dos enfermeiros *focus group*

	Enfermagem	Outro
Nº de enfermeiros (7)	7	0

Nota. Todos os enfermeiros exercem ativamente a profissão.

Quadro 24. Local de residência dos enfermeiros *focus group*

	Concelho do Funchal	Outro
Nº de enfermeiros (7)	6	1

Nota. A grande maioria reside no concelho do Funchal e uma Enfermeira em Machico.

Quadro 25. Habilitações académicas dos enfermeiros *focus group* (percurso académico)

	1º ciclo de estudos	2º ciclo de estudos	3º ciclo de estudos
Nº de enfermeiros (7)	7	0	0

Nota. Todos os entrevistados são licenciados em enfermagem.

B - CATEGORIA – Caracterização da SCeE

B1 – Subcategoria conceito da SCeE

Os enfermeiros referem a SCeE como um instrumento para desenvolver competências para a atividade profissional e descrevem-na como um complemento fundamental para otimizar aos conteúdos lecionados nas aulas teóricas. No entanto, alguns enfermeiros confessam que a SCeE parece ser um momento de avaliação das competências e habilidades técnicas desenvolvidas pelos estudantes. Por exemplo o Enfermeiro FGN (Apêndice 9) refere que quando participou no CSC foi para ser avaliado, ou seja, “só vamos lá naquele momento para sermos avaliados e voltamos, (...) nem temos oportunidade de explorar”.

B2 - Subcategoria - Ambiente da SCeE

Alguns enfermeiros descrevem o ambiente da SCeE como “*assustador*” e consideram-no um espaço para serem avaliados. Por outro lado, manifestam-se pouco familiarizados com o ambiente e as condições físicas do CSC e referem desconhecer as verdadeiras potencialidades dos vários simuladores utilizados nas experiências de aprendizagem. No entanto, alguns Enfermeiros descrevem o ambiente como fascinante pelos equipamentos e pela tecnologia digital, criando condições para potenciar experiências de aprendizagem ao nível técnico e relacional.

B3 - Subcategoria - Características dos simuladores na SCeE.

Os Enfermeiros manifestam uma opinião positiva sobre as características dos simuladores e referem que ajudam a conhecer o comportamento humano. Valorizam o papel do enfermeiro especialista do CSC que programa os simuladores para fornecerem respostas semelhantes às humanas nos processos de transição e salientam a mais-valia em partilhar o seu conhecimento prático, assim com colaborar no processo de mediação da SCeE.

B4 – Subcategoria aprendizagem desenvolvida no ambiente de SCeE

Há um reconhecimento de que o ambiente de SCeE é gerador de aprendizagem porque permite o treino do processo de enfermagem, permite identificar lacunas do conhecimento da prática, permite desenvolver um raciocínio mais rápido, permite treinar a relação humana, apesar de estar condicionada pelas características dos simuladores. A SCeE permite aplicar os conhecimentos teóricos na prática e, nesse sentido, os enfermeiros sugerem maior frequência de práticas de SCeE no CSC.

A Enfermeira FGR (Apêndice 9) não sabe até que ponto a SCeE foi suficiente para a sua preparação profissional, haveria mais áreas que poderiam ser exploradas e hoje, como profissional, sente essa necessidade. Defende a partilha de alguns feedbacks sobre a aprendizagem desenvolvida na SCeE e maior discussão sobre este assunto.

B5 - Subcategoria a SCeE transformadora do conhecimento

A SCeE surge como instrumento fundamental na transformação do conhecimento, atendendo a que o processo de mediação da aprendizagem operado pelos profissionais residentes do CSC de alta-fidelidade permite adequar as respostas dos simuladores às necessidades educativas do estudante, estimulando o raciocínio clínico e a perícia técnica.

A Enfermeira FGI (Apêndice 9) manifesta a necessidade de mais tempo para desenvolver a SCeE em grupo e opina que a velocidade com que se desenvolvem os processos não permite uma assimilação das competências desenvolvidas na prática.

A Enfermeira FGN (Apêndice 9) defende maior variedade de casos clínicos desenvolvidos na SCeE e defende que a mesma seja programada ao longo de todos os anos letivos do Curso de Licenciatura de Enfermagem. A Enfermeira FGR (Apêndice 9) fala sobre o cariz avaliativo enraizado na SCeE e defende que essa premissa condiciona algumas dinâmicas

de aprendizagem que poderiam ser moderadas por um processo construtivo com a colaboração dos profissionais do CSC de alta-fidelidade.

B6 – Subcategoria inovação no ambiente de aprendizagem da SCeE

Os enfermeiros classificam de inovação a obtenção de respostas do simulador semelhantes à condição humana, promovendo o desenvolvimento do raciocínio clínico. Por outro lado, é inovador testemunhar que os simuladores propiciam uma experiência de aprendizagem realista e autêntica conducente com os processos de saúde e da intervenção terapêutica no utente, família, pessoa significativa e comunidade.

B7 - Subcategoria parceria das estruturas académicas com a comunidade de profissionais da SCeE

Por unanimidade os profissionais referiram o CSC como uma estrutura da comunidade de apoio à SCeE.

B8 - Subcategoria práticas educativas desenvolvidas na SCeE

Os profissionais nada referiram sobre as práticas educativas desenvolvidas na SCeE.

B9 - Subcategoria educação transformadora da SCeE

A educação transformadora da SCeE é expressa por alguns profissionais que evocam a necessidade do estudante estar no centro do processo de aprendizagem e a sua inclusão nas fases desse processo, nomeadamente na seleção e elaboração de casos clínicos.

C – Categoria caracterização da prática da SCeE

C1 – Sentimento de apropriação na elaboração do projeto da SCeE

Os enfermeiros referem que não foram envolvidos na elaboração de projetos de SCeE e salientam que gostariam de ter dado contributos para a elaboração desses projetos. Admitem que seria uma mais-valia se fossem integrados nessas práticas, reconhecendo que

emergia mais confiança, mais sentido crítico, assim como melhorava a capacidade de resposta no contexto das práticas.

Por outro lado, a maioria dos enfermeiros reconhece que deveria haver mais valorização do estudante como agente principal no processo de aprendizagem e integrá-los na construção do projeto de SCeE. Essa estratégia permitiria ultrapassar lacunas, dificuldades e possibilitava um melhor conhecimento dos equipamentos e materiais necessários para a experiência da prática simulada.

O Enfermeiro FGS (Apêndice 9) reforça a importância de envolver os estudantes na elaboração do projeto de SCeE, no sentido de esbater o nível de pressão que sentem para o sucesso da prática simulada. Sentem a existência de um “clima” para não ocorrer erro, referindo que nessas práticas (...) “a margem de erro é mínima, quase nula, para não passar vergonha” (sentimento de avaliação durante a prática de SCeE).

C2 – Modelos de suporte para a simulação clínica

Os Enfermeiros referem que não têm conhecimento dos modelos de suporte para a SCeE. Referem-se à SCeE como um espaço para avaliar as competências adquiridas pelos estudantes de enfermagem.

C3 - Subcategoria contexto da simulação clínica

Os Enfermeiros referem que desenvolveram a SCeE no CSC de alta-fidelidade.

C4 - Subcategoria preparação da SCeE e o *prebriefing*

Por unanimidade, os enfermeiros afirmam que não estavam preparados para a SCeE de alta-fidelidade e alguns manifestam desconhecer a fase do *prebriefing*. Referem que desconheciam os espaços físicos e a disposição dos materiais no CSC. Sentem-se mais familiarizados com os laboratórios académicos, apesar de níveis de fidelidade mais-baixa e questionam se não é possível utilizar mais esses laboratórios para a SCeE.

A Enfermeira FGJ (Apêndice 9) refere algum receio durante a experiência da SCeE por constituir um momento de avaliação em que os estudantes são submetidos a alguma pressão. A Enfermeira FGN (Apêndice 9) refere que não foi desenvolvido o *prebriefing* e

que sentiu alguma dificuldade em manipular os equipamentos e a encontrar os materiais para a prática simulada.

A Enfermeira FGO (Apêndice 9) fala na SCeE como uma avaliação e o tempo que é disponibilizado para esse efeito não é suficiente para implementar um raciocínio clínico.

O Enfermeiro FGS (Apêndice 9) não se lembra de realizar o *prebriefing* e salienta que os relatos da observação sobre o desempenho da SCeE são frequentemente negativos, raramente se fala do “que está bem”.

C5 - Subcategoria fase de *briefing* na SCeE

Na experiência do *briefing* os enfermeiros relatam que o caso foi apresentado de uma forma muito rápida e seguidamente solicitado a ação prática da SCeE. Referem escassez de tempo para interiorizar o caso, colocar questões e abordar temas para reflexão temática. As enfermeiras FGH (Apêndice 9) e FGN (Apêndice 9) afirmam que o *briefing* decorreu entre colegas e não com o professor.

A Enfermeira FGO (Apêndice 9) classifica a mediação educativa de insuficiente e valoriza o espírito de interajuda entre colegas do grupo da simulação para ultrapassar dificuldades.

O Enfermeiro FGS (Apêndice 9) afirma que não houve espaço para aprender com os erros, considerando a SCeE como uma oportunidade para trabalhar esse erro como um foco de aprendizagem significativa.

C6 - Subcategoria experiência educativa com o participante simulado na SCeE

Os enfermeiros não exerceram a SCeE com o participante simulado, no entanto reconhecem essa variável importante para o treino de competências na intervenção terapêutica mais abrangente com a presença da família e/ou pessoa significativa.

C7 - Subcategoria experiência e vivências na SCeE

Os enfermeiros testemunham que é uma experiência com pressão para cumprir com o tempo, como nos refere a Enfermeira FGI (Apêndice 9) “temos um horário e tem de ser tudo a correr”. Valorizam o papel dos profissionais residentes no CSC de alta-fidelidade que facilitam e dão dicas na resolução dos casos. Referem uma experiência limitada para

estimular o raciocínio crítico, pelo tempo disponibilizado, apesar de reconhecerem que há potencialidades na SCeE nessa área.

Alguns enfermeiros referem que na experiência se sentiram limitados em utilizar recursos para evitar gastos, assim como sentiram a escassez de casos clínicos que habitualmente ocorrem na prática. Defendem mais tempo para os estudantes desenvolverem o processo de implementação da SCeE e consideram que a limitação do tempo para resolver o caso condicionou a aprendizagem.

A Enfermeira FGN (Apêndice 9) declara que na sua atividade profissional já experienciou situações clínicas complexas e de emergência e lamenta que a experiência na SCeE, na fase de estudante, não a tenha preparado para este contexto da prática profissional, revelando que na altura a preocupação era resolver o caso clínico exposto pelo professor e alvo de avaliação. O Enfermeiro FGS (Apêndice 9) revela que a SCeE seria muito útil se fosse implementada na prática de enfermagem, principalmente na área da emergência.

C8 – Subcategoria contributos da fase *debriefing*

Todos os enfermeiros identificam o *debriefing* como uma fase muito importante do processo de aprendizagem, referem que identificamos os pontos positivos e negativos da SCeE e analisamos as oportunidades de aprendizagem.

A Enfermeira FGI (Apêndice 9) classifica o *debriefing* como uma inovação, pois nunca tinha tido tal experiência. Durante a discussão no *debriefing* a Enfermeira FGN (Apêndice 9) lamenta a supervalorização dos aspetos negativos em relação aos positivos e a Enfermeira FGR (Apêndice 9) revela que na primeira experiência de SCeE o *debriefing* se realizou com o grupo de colegas, elaboraram uma análise dos pontos fortes, fracos e as necessidades de melhoria na prestação e salienta que na segunda experiência não aconteceu o *debriefing*.

C9 - Subcategoria resultados e ganhos com a SCeE

Os enfermeiros manifestaram poucos ganhos com a SCeE, referem que a experiência se desenvolveu em pouco tempo, com pouca frequência e prevaleceu, essencialmente, como um momento de avaliação de competências profissionais. Por outro lado, o planeamento da SCeE gera pressão nos estudantes.

A Enfermeira FGI (Apêndice 9) revela que na SCeE “fingem que fazemos coisas”, com o objetivo de poupar material. A Enfermeira FGH (Apêndice 9) confessa que com poucas horas de prática simulada os ganhos são escassos, a Enfermeira FGR (Apêndice 9) e o Enfermeiro FGS (Apêndice 9) falam nas poucas oportunidades da prática, manifestam ainda que neste ambiente prevalece o sentimento de avaliar o estudante, muita pressão e escassas oportunidades para aprender com os erros. Algumas enfermeiras partilham que a obtenção de ganhos foram poucos.

C10 - Subcategoria os casos clínicos desenvolvidos na SCeE

Os enfermeiros reconhecem os casos clínicos apresentados como interessantes e com potencial, embora pouco explorados e com pouca variedade.

C11 - Subcategoria o papel do estudante na SCeE e o seu bem-estar individual e coletivo

Os enfermeiros descrevem um papel passivo na SCeE, dado que algumas intervenções terapêuticas já estão planeadas e é solicitada uma demonstração de como executariam a ação solicitada. Os enfermeiros defendem que na simulação são valorizados no pensamento crítico e negociam as intervenções terapêuticas adequadas para cada caso clínico.

A Enfermeira FGJ (Apêndice 9) defende um papel mais ativo do estudante na SCeE e casos clínicos centralizados nas necessidades expressas. A Enfermeira FGO (Apêndice 9) descreve um papel passivo na escolha de casos clínico e sensibiliza para a necessidade de simular casos clínicos na área da emergência.

O Enfermeiro FGS (Apêndice 9) vai mais longe e diz que representou um papel a “fingir uma intervenção”, referindo que na vida profissional não vamos fingir que cuidamos de uma pessoa. Considera um ambiente hostil no bem-estar individual e coletivo e sente-se sob pressão para resolver com sucesso as situações.

C12 Subcategoria planeamento participativo do estudante na SCeE

Os enfermeiros não participaram no planeamento da SCeE, exercem um papel que consiste em resolver um caso escolhido pelo professor. São da opinião que o envolvimento participativo do estudante no caso clínico era fundamental para o próprio autoconhecimento do estudante. A Enfermeira FGI (Apêndice 9) relata que provavelmente no caso real poderia discutir com os colegas o plano da intervenção terapêutica, situação que não se verificou na experiência de SCeE no CSC.

O enfermeiro FGS (Apêndice 9) defende que seria benéfico a participação do estudante no planeamento da SCeE, evocando que o processo de construção da simulação constitui uma experiência de aprendizagem.

C13 - Subcategoria espaços democráticos e cultura da prática simulada

Os enfermeiros entrevistados referiram que não houve espaço para debater a cultura da prática simulada na SCeE.

D - CATEGORIA – Inovação e investigação na SCeE

D1 - Subcategoria investigação e parcerias na SCeE.

A enfermeira FGI (Apêndice 9) refere que pesquisou estudos sobre a importância da SC e, reconhece que essa pesquisa forneceu dados importantes para fortalecer o seu conhecimento e contribuiu para diminuir o receio de estar na SCeE.

Os enfermeiros reconhecem a importância das parcerias com o CSC para a SCeE. O CSC tem alguma experiência nas áreas específicas do cuidar como, por exemplo, na intervenção familiar e nesse sentido é fundamental criar mais parcerias para fortalecer o desenvolvimento do conhecimento.

O Enfermeiro FGS (Apêndice 9) refere que durante a sua experiência não foi abordada a evidência científica à semelhança dos modelos de simulação SCeE, *baseou-se no momento de avaliação*.

5.6 - Cruzamento da síntese dos *focus group* dos estudantes e dos enfermeiros recém-licenciados

A experiência de SCeE tem sido utilizada para potenciar o desenvolvimento de competências científicas e profissionais. A discussão FG entre os estudantes, e entre os enfermeiros, permitiu identificar as potencialidades da SCeE. Assim sendo, faz todo o sentido analisarmos as opiniões de uns e de outros (estudantes e enfermeiros) durante a discussão focal, e colher contributos para a melhoria contínua da qualidade dos ambientes de aprendizagem.

Caraterização do entrevistado

Em relação aos estudantes que participaram no *focus group*, maioritariamente identificam-se do género feminino, média de 28 anos de idade e dois estudantes com mais de 39 anos. A maioria são estudantes a tempo integral, com habilitação académica 12º ano e maioritariamente residentes no concelho do Funchal.

Em relação aos enfermeiros recém-licenciados, são maioritariamente do género feminino, média de 28 anos de idade, a mais nova 22 anos e a mais velha 53 anos. Exercem atualmente a profissão de enfermagem com o grau de licenciadas (os) e residem no concelho do Funchal, uma enfermeira reside em Machico.

Conceito da SCeE

Na discussão *focus group* os estudantes são unânimes em conceitualizar a SCeE como um espaço para treino de cenários que ajuda a desenvolver competências para prática clínica e profissional ao nível da resposta terapêutica. Surgiu no momento da discussão alguns estudantes que emitiram a opinião de reconhecer a simulação como estratégia educativa, mas, por outro lado, descrevem-na também como momento que gera alguma pressão por se sentirem constantemente questionados e que o foco está mais direcionado para a avaliação das competências e habilidades dos estudantes e não a aprendizagem.

Os enfermeiros durante a discussão FG, concetualizam a SC como um complemento aos conteúdos lecionados em sala de aula e essencial para o desenvolvimento de competências

e habilidades técnicas. Ainda assim, à semelhança dos estudantes, relatam que a SCeE prevalece como um momento para avaliar as habilidades e competências dos estudantes.

Ambiente de SCeE

Os estudantes na discussão do FG partilham da opinião que o ambiente da SCeE tem condições para uma experiência de aprendizagem significativa, simuladores adequados que permitem programar vários cenários clínicos semelhantes à fisiologia do corpo humano, criando condições para uma experiência de aprendizagem significativa, ou seja, não referem condicionantes de acordo com o nível de fidelidade dos simuladores.

Referem na discussão que, atendendo às potencialidades do ambiente de SC de alta-fidelidade, necessitavam de mais práticas clínicas no CSC no sentido de se sentirem integrados nas dinâmicas, evitando o sentimento desagradável de estarem sem norte, atendendo a que o ambiente deveria ser de aprendizagem. Salientamos, também, a referência de se sentirem avaliados no ambiente de SC, gerador de alguma pressão, condicionando de alguma forma as potencialidades para uma aprendizagem significativa.

Na discussão com os enfermeiros, o ambiente é descrito como “assustador”, com a concordância de todos, por ser a primeira vez e por desconhecerem o ambiente, mas fundamentalmente por associarem o ambiente de SCeE para serem avaliados os conhecimentos e as habilidades que possuem. Os enfermeiros também comungam da opinião que o ambiente do CSC é fascinante a nível tecnológico e realismo, com muito potencial para as experiências de aprendizagem, embora reconheçam também que estavam pouco familiarizados com as condições físicas do CSC e com o nível de interação com os simuladores e que isso condicionou a experiência.

Características dos simuladores

Na discussão FG os estudantes consideram os simuladores de baixa-fidelidade limitados na capacidade de resposta e com sinais de desgaste em relação aos de alta-fidelidade. Os simuladores de alta-fidelidade do CSC representam uma mais-valia para as experiências de aprendizagem, ao nível da representação das respostas humanas e ao nível dos meios tecnológicos, possibilitando o desenvolvimento de vários cenários adaptados às expectativas de aprendizagem de cada estudante. Nesse sentido, os estudantes durante a

discussão em grupo atribuem aos simuladores de alta-fidelidade recursos fundamentais para obter respostas adequadas às experiências de aprendizagem.

Os enfermeiros em discussão partilham da mesma opinião que os estudantes, consideram que os simuladores de alta-fidelidade ajudam a conhecer o corpo humano e o seu comportamento em vários contextos da saúde e ajudam a prever com mais precisão o que os espera na prática clínica. Por outro lado, a simulação de alta-fidelidade tem a colaboração de enfermeiros que auxiliam na programação do simulador como resposta às experiências de aprendizagem.

Aprendizagem desenvolvida no ambiente de SCeE

Na discussão do FG os estudantes referem que a experiência de aprendizagem ajudou a adquirir habilidade na instrumentalização técnica, treinar em simuladores em laboratório representa uma mais-valia na aquisição de conhecimento. Não obstante as condições únicas para a aprendizagem, na discussão a maioria dos estudantes manifesta sentimento de ansiedade durante as práticas, associado ao facto de não conhecerem o espaço físico e serem avaliados nas suas habilidades e conhecimentos. No entanto, alguns estudantes falam em desorganização do ambiente da SC, com interferência na aprendizagem, e valorizam o papel do enfermeiro residente no CSC que ajuda a ultrapassar as dificuldades.

No geral é um ambiente de aprendizagem disponível para a partilha de experiências em ambiente controlado, apesar de alguma pressão de serem avaliados, no entanto prepara-os para a prática de cuidados.

Os enfermeiros na discussão em grupo referem-se ao ambiente de simulação como um processo de treino complementar à teoria, ajuda a identificar lacunas ao nível da teoria e promove um raciocínio mais rápido. Salientam a limitação de associar o treino da técnica à simulação da relação interpessoal, muito importante no contexto da saúde.

Não obstante, a SCeE é inovadora no treino da prática, muito necessitada na fase de aprendizagem, e nesse sentido os momentos de avaliação deveriam ser residuais em relação ao treino da prática, fundamentalmente o treino da relação terapêutica com o outro.

SCeE transformadora do conhecimento

Foi unânime a opinião dos estudantes sobre as potencialidades da SCeE para valorizar o conhecimento. Na SCeE é possível obter contributos dos enfermeiros residentes do CSC, com experiência da prática, que ajudam a mediar os casos clínicos com dicas importantes para a resolução dos mesmos. A interrupção dos casos clínicos não ajuda à progressão do conhecimento, sendo preferível uma reflexão sobre a experiência prática no final da SCeE, ou seja, as interrupções dirigidas pelo professor para implementar medidas corretivas necessitam de um momento adequado. O desconhecimento sobre o espaço físico e o plano de simulação a ser desenvolvido no CSC, condiciona o desenvolvimento da aprendizagem.

A SCeE assume-se como um instrumento de treino fundamental no atendimento holístico da pessoa a vivenciar processos complexos de saúde/doença.

Os enfermeiros entrevistados reforçam a importância do enfermeiro no processo de mediação da SCeE no CSC, porque adequam a programação dos simuladores às necessidades educativas. O cariz avaliativo da experiência da SCeE continua a condicionar as oportunidades de aprendizagem e aquisição de conhecimento.

O tempo de simulação é rápido, com poucas experiências, pouco contacto com o manuseamento dos simuladores, normalmente utilizado dois casos clínicos base em relação aos inúmeros do contexto da prática clínica e utilizar a SCeE para avaliar o nível de competência e habilidade técnica do estudante, segundo os enfermeiros recém-licenciados limitou o desenvolvimento do conhecimento como profissionais.

Inovação no ambiente de aprendizagem na SCeE

A inovação é invocada pela tecnologia e ação educativa fora do contexto do ambiente da sala de aula, como ação complementar à exposição de conteúdos, uso de simulador semelhante à experiência realista e à mobilização de conhecimentos apreendidos.

Os estudantes revelam a necessidade de discutir o caso clínico alvo da SCeE, para melhor integração e programação da experiência educativa, criando condições favoráveis para a resolução dos casos clínicos, para uma melhor exploração temática, o que permite uma experiência de aprendizagem significativa.

Os enfermeiros recém-licenciados consideram que a prática da SCeE no CSC é inovadora pela capacidade de resposta de alta-fidelidade semelhantes ao contexto da prática de

cuidados e, à semelhança da discussão dos estudantes, também defendem a partilha dos casos clínicos com todos os intervenientes no processo de SCeE para uma melhor exploração das experiências de aprendizagem.

Parcerias das estruturas académicas com a comunidade de profissionais da SCeE

Emerge na discussão a pouca utilização da SCeE no CSC de alta-fidelidade atendendo às potencialidades e às experiências realistas que oferecem à comunidade educativa. Sem dúvida que seria uma mais-valia utilizar a SCeE com mais frequência.

Os enfermeiros opinam a parceria com o CSC de alta-fidelidade como uma mais-valia para a partilha de experiências de aprendizagem.

Práticas educativas desenvolvidas na SCeE

Os estudantes mencionam a exposição de conteúdos e o desenvolvimento de casos clínicos como práticas educativas.

Sentimento de apropriação na elaboração do projeto da SCeE

Os estudantes e os enfermeiros foram unânimes em afirmar que não participaram na elaboração do projeto da SCeE.

Consideram a integração no processo de SC essencial para criar condições a uma experiência autêntica e significativa. Identificam que não se sentem preparados para a SCeE, mesmo com um guião do caso clínico, e manifestam se os estudantes são foco da aprendizagem, não os incluir no planeamento da experiência de simulação poderá constituir um obstáculo à aprendizagem.

Referem que as linhas de orientação para os casos clínicos facultados pelos professores não são suficientes para conduzir os casos clínicos e, por outro lado, alteram-se inesperadamente com a evolução de cada caso clínico. Nesse sentido, defendem a simulação de casos clínicos baseados em experiências clínicas dos estudantes adquiridas nos estágios, como momento essencial para a reflexão das práticas.

Os enfermeiros defendem também a integração dos estudantes no projeto de SCeE, justificando que essa condição esbateria a pressão, a ansiedade e promovia o empoderamento do estudante no processo de SC.

Os enfermeiros referem que os estudantes vão para a SCeE com pouca confiança, e opinam que o envolvimento ativo dos estudantes no processo de SC por um lado possibilitava trabalhar essas dificuldades e, por outro lado, permitiria transportar para a SC vivências das práticas clínicas tuteladas como focos de aprendizagem.

Modelos de suporte para a SCeE

Os estudantes e os enfermeiros não utilizaram modelos de simulação de suporte à SCeE.

Contexto de simulação clínica

Os estudantes e enfermeiros desenvolveram as experiências da SCeE no CSC com simuladores de alta-fidelidade e nos laboratórios académicos com simuladores de média e baixa-fidelidade.

Preparação da SCeE e *prebriefing*

Os estudantes assumem que não desenvolveram esta etapa da SCeE e referem desconhecimento do *prebriefing*, no entanto referem se houvesse um espaço para conhecer o espaço físico e as funcionalidades dos simuladores, assim como a oportunidade para colocar algumas questões, seria uma mais-valia para a experiência de SC. Ou seja, deduzem que o *prebriefing* consistia numa fase importante para conhecer as dinâmicas e materiais a utilizar na SC, contribuindo para uma melhor integração no ambiente de simulação. Os estudantes referem que não conhecer o espaço físico da SCeE constituiu uma dificuldade.

Os enfermeiros desconhecem o *prebriefing* e referem que não estavam preparados para desenvolver a SCeE, atendendo a que desconheciam as condições físicas, a disposição dos materiais no CSC, a funcionalidade dos materiais e a capacidade de resposta dos simuladores, o que dificultou a operacionalização do caso clínico.

Manifestam algum receio da experiência de SC no CSC por constituir um momento de avaliação e a limitação do tempo para resolver o caso clínico.

Fase *briefing* na SCeE

Os estudantes na fase do *briefing* identificaram a falta de algumas informações sobre o caso clínico, que poderiam ser úteis como guia operacional. Na discussão referem que receberam um guião, e cerca de dois minutos antes da prática simulada apresentaram o caso clínico a contar como momento de avaliação. Referem que este comportamento promoveu mais ansiedade e alguma confusão e não facilitou o processo de aprendizagem.

Os enfermeiros na discussão FG identificam o *briefing* ora efetuado pelo professor ora efetuado pelos colegas da equipa, não havia uma organização estruturada, e como experiência limitou a progressão da aprendizagem. Foi um processo rápido, cerca de 2 minutos, antes de iniciar a resolução do caso clínico.

Experiência educativa com o participante simulado na SCeE

Os estudantes reconheceram a mais-valia do participante simulado na SCeE, como foco para envolver o cuidado holístico ao indivíduo e família. Valorizaram na experiência educativa a presença do enfermeiro como participante pelo *know-how* acumulado e com dicas importantes para a construção de saberes durante a SC.

É fundamental criar casos de SCeE sobre o cuidar integrativo e holístico, muitas vezes descorado na prática de cuidados centralizada na pessoa alvo de cuidados. Por outro lado, também em determinadas condições a família ou pessoa significativa pode ser incluída no plano de cuidados.

Os enfermeiros referem que não utilizaram a figura do participante simulado, mas assumem que era benéfico esse treino para desenvolver competências na área do cuidar, atendendo a que na experiência da atividade profissional a família e a pessoa significativa também são alvo de cuidados de enfermagem. Na discussão do estudo de Moliterno et al. (2024) sobre os elementos-chave na experiência da simulação, o paciente simulado (participante simulado) é considerado um elemento-chave para “complementar as experiências dos alunos com pacientes reais” (p. 7).

Experiência e vivências na SCeE

A SCeE assume-se claramente como um foco de aprendizagem e mobilização de conhecimentos, ajuda a desenvolver a destreza e a analisar a pessoa de forma holística.

Defendem que a SC deveria ser mais centralizada na partilha da experiência e não na imposição do conhecimento imposto pelo professor.

Foi unânime entre os estudantes a prevalência de uma forte componente para avaliar o desempenho do estudante na SCeE, o que não é benéfico para a aprendizagem segundo os estudantes, que sugerem a colaboração dos professores para ajudar os estudantes a construir uma melhor experiência de aprendizagem, cooperando com a SCeE para mobilizar um corpo de conhecimento essencial para o cuidar humano.

Alguns estudantes referem pressão do professor para demonstrar conhecimento e cumprir com o plano de simulação, no entanto valorizam também as dicas úteis de alguns profissionais mediadores da aprendizagem, ajudando a ultrapassar algumas dificuldades momentâneas para otimizar melhores resultados.

Os enfermeiros confirmam a pressão que sentiram na experiência de estudantes na SCeE para cumprir com os tempos e evitar o erro, atendendo a que estavam a ser avaliados. Uma Enfermeira recém-licenciada testemunha que durante a sua atividade profissional cuidou de situações clínicas complexas na área da emergência com alguma dificuldade, e reconhece que se a situação clínica que vivenciou fosse treinada em laboratório e fora do contexto de avaliação, poderia ser uma mais-valia na capacidade de resposta clínica como profissional, principalmente ao nível das urgências e emergências hospitalares.

Por outro lado, também referem que seria importante utilizar casos clínicos simulados com pessoas reais, devidamente protegidos nas intervenções invasivas, muito útil para o treino das relações pessoais, relação de ajuda e comunicação terapêutica.

Os enfermeiros também referiram algumas limitações na utilização de recursos e alguns consumíveis para as execuções técnicas, nesses casos os estudantes muitas vezes recorriam à imaginação da atividade terapêutica, condicionando naturalmente o realismo da experiência.

Contributos da fase *debriefing*

Na discussão em grupo os enfermeiros atribuem ao *debriefing* uma fase de análise a todo o processo de aprendizagem que consideram provavelmente uma das etapas mais importantes. Referem que discutiram o *debriefing* com os colegas do grupo e sentiram que

esta fase do processo poderia ser elaborada de uma forma mais formal e com a colaboração do professor.

Alguns estudantes relatam que no final da SCeE não houve *feedback* e sentiram que isso dificultou a aprendizagem. No entanto, alguns estudantes relatam que foi feito o *debriefing* nas experiências de SCeE que desenvolveram, mas sugerem mais tempo para discutir a experiência da prática simulada desenvolvida e discutir mais focos de enfermagem, ou seja, os estudantes referem pouco tempo para o debate, alguma desorganização e uma dinâmica insuficiente atendendo às suas potencialidades.

Os enfermeiros classificaram a experiência do *debriefing* como inovadora, por ser a primeira vez como estudantes que encontraram espaço para uma reflexão na construção da aprendizagem. Lamentam a hipervalorização dos pontos fracos em relação aos aspectos positivos da aprendizagem.

Resultados e ganhos com a SCeE

Na discussão em grupo os estudantes salientam ganhos na experiência da SCeE, nomeadamente no nível da argumentação dos cuidados, ao nível do pensamento crítico, na importância do trabalho em equipa, na gestão e autocontrolo do stress e no desenvolvimento de habilidade e competências profissionais.

Alguns enfermeiros relatam a experiência da SCeE como estudante com poucos ganhos, referindo que prevaleceu a componente avaliativa nesse processo, pressão nos estudantes e poucas oportunidades para aprender com o erro, referindo que nas suas experiências havia falta de alguns consumíveis que limitavam a prática simulada mais realística. Outros enfermeiros referem dificuldade em quantificar os ganhos, porque as experiências foram reduzidas e poucas oportunidades na SCeE.

Casos Clínicos desenvolvidos na SCeE

Os estudantes descrevem os casos clínicos adequados para a prática e resume-se a dois casos clínicos habitualmente utilizados em todos os anos letivos.

Em relação aos enfermeiros, descrevem os casos como interessantes e com potencial, mas pouco explorados por escassez de tempo. Por outro lado, descrevem que era fundamental

utilizar casos clínicos com outras temáticas recorrentes nos contextos da prática de enfermagem.

Papel do estudante na SCeE e o seu bem-estar individual e coletivo

Os estudantes referem que por vezes são rotulados de não saber a matéria ou de não prestar atenção às aulas, quando apresentam dificuldade na resolução do caso clínico. Manifestam que a prestação e o bem-estar foram afetadas pelo cariz avaliativo da SCeE. Defendem mais discussão com o professor sobre o caso que será desenvolvido na prática simulada. Valorizam o papel do enfermeiro que apoia na prática simulada (enfermeiro residente do CSC) com dicas pertinentes na progressão da resolução do caso clínico. Os estudantes defendem que um treino antes da SCeE seria benéfico como medida preparatória e também como foco para o bem-estar do estudante.

Uma boa preparação para a SCeE, com casos clínicos resultantes das experiências vivenciadas pelos estudantes em resposta às suas dificuldades, seria uma mais-valia para a construção de uma aprendizagem sólida e significativa. Os enfermeiros referem um papel passivo na SCeE, com a resolução de casos programados pelo professor. Também partilham da opinião que há pressão para resolver os casos clínicos com sucesso e relatam alguma simulação sem os recursos adequados.

Os enfermeiros defendem que nesta condição o seu bem-estar é limitado às orientações do professor e defendem que o processo deveria centralizar-se nas necessidades educativas do estudante. É fundamental apresentar casos clínicos que cativem os estudantes a participarem com entusiasmo e sem pressão para não errar.

Planeamento participativo do estudante na SCeE

Os estudantes e os enfermeiros entrevistados no FG não participaram no planeamento da SCeE, ou seja, exercem uma ação passiva em resolver um caso que o professor seleciona. Os estudantes alertam para a importância de inserir o estudante na discussão do próprio caso, no sentido de clarificar as etapas e preparar os estudantes para desenvolver o caso clínico. Os enfermeiros defendem que os estudantes deveriam ser os agentes principais do processo de aprendizagem, fundamentalmente no processo de construção dos cenários. Seria uma estratégia benéfica como experiência de aprendizagem para preparar a SCeE e

com isso diminuir a pressão e a ansiedade aquando do desenvolvimento da SCeE. A preparação da SCeE também é uma experiência de aprendizagem.

Espaços democráticos e cultura da prática simulada

Os estudantes e os enfermeiros durante a discussão não referiram espaços de debate sobre uma cultura de SCeE.

Investigação e parcerias na SCeE

Os estudantes e os enfermeiros não participaram em estudos de investigação na SCeE, no entanto confessam que há muito a conhecer e que a investigação irá contribuir para o crescimento do conhecimento e otimização da aprendizagem.

Por exemplo, a Enfermeira FGI pesquisou alguns estudos de investigação na área e adquiriu subsídios importantes para fortalecer o seu conhecimento

5.7 – Síntese de dados obtidos nas entrevistas e no *focus group*

Seguidamente apresentaremos o quadro 26, referente ao número de informantes que manifestaram a sua opinião em cada subcategoria durante as entrevistas individuais e na discussão FG.

Quadro 26. Registo do número dos informantes em cada subcategoria

Categorias	Subcategorias	Informantes				
		EIE (12)	EIP (6)	FGaEs (7)	FGaE (7)	Total (32)
A – Caracterização						
B – Caraterização da Simulação clínica em	B1 – Conceito da SCeE	10	6	7	7	30
	B2 – Ambiente da SCeE	11	6	7	4	28
	B3 – Características dos	12	5	5	5	27

Enfermagem	simuladores					
	B4 – Aprendizagem desenvolvida	12	6	7	6	31
	B5 – SCeE transformadora do conhecimento	12	6	6	7	31
	B6 – Inovação no ambiente de aprendizagem	11	6	3	4	23
	B7 – Parcerias com estruturas acadêmicas com a comunidade de profissionais da SCeE	4	5	2	7	18
	B8 – Práticas educativas na SCeE	8	4	1	0	13
	B9 – Educação transformadora da SCeE	1	6	0	1	8
C - Categoria caracterização da prática da SCeE	C1 – Sentimento de apropriação na elaboração do projeto de SCeE	9	5	3	4	21
	C2 - Modelos de suporte para a simulação clínica	1	5	0	2	8
	C3 - Contexto da simulação clínica	2	6	6	7	21
	C4 – Preparação da SCeE e o <i>prebriefing</i> .	12	6	5	5	28
	C5 - Fase de <i>briefing</i> na SCeE.	8	6	4	6	24
	C6 - Experiência educativa com o participante simulado na SCeE.	7	6	4	2	21
	C7 - A experiência e vivências na SCeE.	12	6	5	4	27
	C8 - Contributos da fase <i>debriefing</i>	12	6	4	3	25
	C9 - Resultados e ganhos com a SCeE	11	6	3	4	24

	C10 - Casos clínicos desenvolvidos na SCeE.	12	6	2	2	22
	C11 - Papel do estudante na SCeE e o seu bem-estar individual e coletivo.	12	6	5	4	27
	C12 - Planeamento participativo do estudante na SCeE.	8	3	1	4	16
	C13 - Espaços democráticos e cultura da prática simulada	5	3	0	4	12
D – Inovação e investigação na SCeE	D1 – Investigação e parcerias na SCeE	6	6	4	4	20

Nota. EIE – Entrevista individual a estudantes; EIP – Entrevista individual a professores; FGaEs – FG a estudantes; FGaEn – FG a enfermeiros.

Os dados foram agrupados em quatro categorias essenciais: caracterização biográfica, caracterização da SCeE, caracterização da prática da SCeE e inovação e investigação na SCeE.

A categoria caracterização biográfica compreende as subcategorias género, idade, contexto profissional, residência e percurso académico. A categoria caracterização da SCeE foi operacionalizada em nove subcategorias, a categoria caracterização da prática da SCeE em treze subcategorias e a categoria inovação e investigação na SCeE na subcategoria investigação e parcerias na SCeE.

Na categoria caracterização da SCeE as subcategorias com mais unidades de registo são: o conceito da SCeE, o ambiente da SCeE, a aprendizagem desenvolvida e a SCeE como transformadora do conhecimento. As subcategorias com menos unidades de registo são: as parcerias com estruturas académicas e com a comunidade de profissionais da SCeE, as práticas educativas na SCeE e a educação transformadora da SCeE.

Em relação à categorização da prática da SCeE, a maioria das subcategorias obteve um número significativo de unidades de registo com a exceção da subcategoria modelos de suporte para a SCeE (8), espaços democráticos e cultura da prática simulada (12) e planeamento participativo do estudante na SCeE (16).

As unidades de registo identificadas em cada categoria constituem uma referência global sobre a operacionalização do fenómeno em estudo. Nos informantes seleccionados para o estudo (professores, estudantes e enfermeiros), foi possível identificar unidades de registo descritivas na análise de conteúdo para cada subcategoria. A grande maioria dos informantes na entrevista e no FG documentaram nas subcategorias o conceito da SCeE, ambiente da SCeE, características dos simuladores, aprendizagem desenvolvida e a SCeE transformadora do conhecimento. A subcategoria inovação no ambiente de aprendizagem e modelos de suporte para a simulação foram menos referenciadas pelos entrevistados. Na subcategoria educação transformadora da SCeE e modelos de suporte para a simulação, maioritariamente referenciada pelos professores e raramente pelos estudantes e enfermeiros.

Os entrevistados caracterizam as várias fases do processo da SCeE, no entanto nas subcategorias planeamento participativo do estudante e espaços democráticos para uma cultura da prática simulada são menos referenciadas, denota-se que os estudantes não são convidados a integrar o processo de planeamento e construção da SCeE.

Após referência ao número de informantes que manifestaram a sua opinião nas diferentes subcategorias do estudo, apresentamos de seguida o quadro 27, referente ao tipo de informação obtida nas diferentes subcategorias do estudo em análise.

Quadro 27. Análise da informação obtida nas subcategorias

Categorias	Subcategorias	Informantes			
		EIE (12)	EIP (12)	FGaEs (7)	FGaEn (7)
A – Caracterização					
B – Caraterização da Simulação clínica em Enfermagem	B1 – Conceito da SCeE	Define/ Identifica	Define / identifica	Define / identifica	Define / identifica
	B2 – Ambiente da SCeE	Define / Identifica	Define / identifica	Define / identifica	Define / identifica
	B3 – Características dos	Carateriza / Identifica	Carateriza e identifica	Identifica	Identifica

	simuladores				
	B4 – Aprendizagem desenvolvida	Identifica	Identifica / descreve	Descreve	Descreve
	B5 – SCeE transformadora do conhecimento	Identifica	Identifica	Descreve	Descreve
	B6 – Inovação no ambiente de aprendizagem	Identifica / descreve	Identifica / descreve	Identifica parcialmente	Identifica parcialmente
	B7 – Parcerias com estruturas académicas com a comunidade de profissionais da SCeE	Identifica parcialmente	Identifica / parcialmente	Identifica parcialmente	Identifica parcialmente
	B8 – Práticas educativas na SCeE	Identifica / define parcialmente	Identifica / parcialmente	Não identifica	Não identifica
	B9 – Educação transformadora da SCeE	Não identifica / não define	Identifica / parcialmente	Não identifica	Não identifica
C - Categoria caracterização da prática da SCeE	C1 – Sentimento de apropriação na elaboração do projeto de SCeE	Não participou	Identifica / participação parcial	Identifica parcialmente	Identifica parcialmente
	C2 - Modelos de suporte para a simulação clínica	Não identifica / não define	Não define / utiliza parcialmente	Não identifica / não define	Não identifica / não define
	C3 - Contexto da simulação clínica	Não define / identifica parcialmente	Não define / indica local da SCeE	Identifica só o local	Identifica o local
	C4 – Preparação da SCeE e o <i>prebriefing</i> .	Define parcialmente / identifica parcialmente	Define parcialmente / identifica	Define / não identifica	Identifica / parcialmente

	C5 - Fase de <i>briefing</i> na SCeE.	Define / identifica parcialmente	Define / identifica	Identifica parcialmente	Identifica / parcialmente
	C6 - Experiência educativa com o participante simulado na SCeE.	Identifica / descreve parcialmente	Identifica parcialmente / descreve	Descreve parcialmente	Não identifica
	C7 - A experiência e vivências na SCeE.	Identifica / descreve	Identifica / descreve	Descreve	Descreve
	C8 - Contributos da fase <i>debriefing</i>	Identifica / descreve	Identifica / descreve	Descreve	Descreve
	C9 - Resultados e ganhos com a SCeE	Identifica / descreve	Identifica / descreve	descreve	Descreve
	C10 - Casos clínicos desenvolvidos na SCeE.	Identifica / classifica	Identifica e classifica	Identifica / classifica	Identifica e descreve
	C11 - Papel do estudante na SCeE e o seu bem-estar individual e coletivo.	Identifica / descreve	Identifica / descreve	Descreve	Descreve
	C12 - Planeamento participativo do estudante na SCeE.	Identifica parcialmente / descreve	Identifica / descreve parcialmente	Não identifica	Identifica
	C13 - Espaços democráticos e cultura da prática simulada	Sem debate / descreve parcialmente	Descreve parcialmente	Não identifica	Não identifica
D – Inovação e investigação na	D1 – Investigação e	Sem debate / reconhece	Identifica	Não	Não

SCeE	parcerias na SCeE	importância da investigação.		identifica	identifica

Nota. EIE – Entrevista individual a estudantes; EIP – Entrevista individual a professores; FGaEs – FG a estudantes; FGaEn – FG a enfermeiros.

Dados obtidos nas categorias e subcategorias do processo educativo da SCeE

Na subcategoria o conceito e ambiente da SCeE pretende-se que os entrevistados demonstrem os conhecimentos conceituais sobre a SC e façam uma descrição sobre as características do ambiente em que se desenvolveu a experiência educativa. Nesta ótica, a maioria dos entrevistados definiu e identificou o conceito de SCeE e descreveu o ambiente da prática simulada.

Informações sobre os simuladores, representa o conhecimento que os entrevistados adquiriram sobre as suas características e o seu nível de fidelidade e permitir simultaneamente analisar se esses recursos disponíveis possibilitou uma experiência de SCeE realista e autêntica. No processo de colheita de dados nas entrevistas individuais e no FG, os entrevistados identificaram e caracterizaram os vários simuladores que utilizaram na experiência educativa durante a SCeE.

Nas subcategorias sobre a aprendizagem desenvolvida, sobre a simulação clínica como transformadora do conhecimento e se a SC procura conceber uma experiência educativa transformadora do conhecimento, os entrevistados genericamente identificaram as aprendizagens desenvolvidas e descreveram a natureza do conhecimento que foi adquirido.

Na subcategoria inovação no ambiente da aprendizagem, representa hoje um dos maiores desafios educativos na SCeE. A utilização de recursos tecnológicos cada vez mais evoluídos e o desenvolvimento da realidade aumentada colocam mais desafios ao foco de colocar o estudante no centro de toda a operação educativa como condição emerge. No âmbito das entrevistas individuais os entrevistados (professores e estudantes) identificaram e descreveram o seu entendimento sobre a inovação na experiência educativa, no entanto na discussão em FG identificaram parcialmente.

Em relação às parcerias desenvolvidas com estruturas académicas e profissionais no âmbito da SCeE, estas permitem criar condições para a partilha experiências, no entanto, nos dados obtidos, os entrevistados nas entrevistas individuais e na discussão FG identificaram parcialmente algumas parcerias desenvolvidas com o CSC da RAM.

Em relação à subcategoria sobre as práticas educativas desenvolvidas na SCeE, os entrevistados identificaram parcialmente algumas práticas que aplicaram na experiência educativa. A Educação como transformadora da SCeE constituiu uma subcategoria de referência, porém os professores identificaram e descreveram parcialmente e os estudantes e enfermeiros não a identificaram.

Na subcategoria apropriar-se da elaboração do projeto de SC para o sucesso da experiência de aprendizagem, os entrevistados relatam que não participaram no projeto de SCeE e não identificaram esse processo na experiência educativa. Na subcategoria sobre os modelos de SCeE, referencial de orientação, os entrevistados não identificaram e nem definiram modelos de simulação clínica.

A subcategoria o contexto da SCeE representa o propósito da atividade educativa e, nesse enquadramento, os entrevistados identificaram somente o local onde se desenvolveu a prática simulada (Jeffries, 2015).

Na subcategoria sobre a experiência na SCeE, os entrevistados definiram parcialmente a preparação da prática e não identificam o *prebriefing*. Em relação à subcategoria *briefing* é definida e identificada pelos professores, no entanto os estudantes, enfermeiros e recém-licenciados identificaram-na parcialmente. A subcategoria *debriefing*, fase fundamental do processo de simulação, os participantes descrevem e identificam e relatam a sua experiência.

Na subcategoria sobre a experiência da SCeE, os estudantes, professores e enfermeiros descreveram o processo de participação, assim como os resultados que foram obtidos com essa experiência (INACSL Standards Committee, 2016c).

A subcategoria sobre a inclusão de um participante simulado na experiência de SCeE, representa uma estratégia educativa para promover maior realismo à prática e, nesse sentido, os estudantes e os professores identificaram parcialmente essa condição, porém os enfermeiros referem que na experiência que desenvolveram como estudantes na SCeE, não tiveram experiência com o participante simulado (INACSL Standards Committee, 2016a).

Em relação à subcategoria para descrever o papel do estudante e as características dos casos clínicos desenvolvidos na SCeE, os entrevistados descreveram o papel que desempenharam e classificaram a qualidade dos casos desenvolvidos.

Na subcategoria espaços democráticos e cultura de uma prática simulada, os entrevistados não identificaram nem discutiram sobre esse foco. Em relação ao planejamento

participativo do estudante na SCeE, os estudantes e os enfermeiros recém-licenciados não identificaram e nem descreveram a participação no planejamento e os professores identificam e descrevem parcialmente.

Os professores nomeiam a importância da investigação e a elaboração de parcerias na SCeE, no entanto os estudantes e os profissionais recém-formados não identificaram, embora reconheçam a importância da investigação.

PARTE IV
ANÁLISE DOS DADOS

6 – Discussão de Resultados

A maioria dos estudantes entrevistados é do género feminino assim como as professoras. O 12º ano constitui a habilitação académica prevalente no seio dos estudantes, no entanto alguns possuem Licenciatura e Mestrado em outras áreas do conhecimento científico. As professoras desempenham a atividade docente em tempo integral, com habilitação académica de Mestrado e algumas com o Doutoramento em Enfermagem. A idade das estudantes varia entre 21 e 25 anos e das professoras entre 44 e 65 anos. As enfermeiras recém-licenciadas em Enfermagem são do género feminino e têm em média 28 anos de idade.

A Enfermagem enfrenta atualmente desafios próprios de uma sociedade que cresce inserida mundo global e cada vez mais tecnológico. A saúde, como recurso e bem inegável para uma sociedade moderna, não pode dispensar os preciosos contributos da Enfermagem como ciência e profissão, assim como a Educação. A Escola com meio de cultivo da Enfermagem e foco de discussão interativa, procura assim encontrar estratégias educativas, com a missão de preparar os seus estudantes e futuros Enfermeiros a responder com competência aos desafios da nossa sociedade.

A SCeE tem constituído uma ferramenta atual de apoio à construção dos processos de aprendizagem, e se atendermos à pessoa, ser único e pessoal e à complexidade dos fenómenos que influenciam o seu crescimento, identificamos com objetividade a importância de implementar a simulação como ferramenta de ensino e de aprendizagem.

O facto é que a SC nos últimos anos tem crescido como estratégia para atualizar o conhecimento dos profissionais de saúde, e a construção de centros de simulação de alta-fidelidade suporta a missão de responder às necessidades da população que serve. A Enfermagem não poderia ficar alheia à evolução tecnológica da SC como estratégia educativa, até porque, como metodologia ativa, prepara os estudantes para o contexto da prática real (Iglesias & Pazin-Filho, 2015) e contribui para uma melhoria significativa na qualidade de cuidados prestada pelos estudantes (Nunes et al., 2022).

A SCeE permite integrar o conhecimento da prática com as competências desenvolvidas e, nessa ótica, o realismo dos cenários clínicos são otimizados em consonância com o nível de fidelidade, permitindo o progresso do raciocínio clínico. Os estudantes com experiências educativas com SiAF têm melhores condições para conceptualizar a teoria e a

prática, e fortalecer a sua tomada de decisão (Fawaz & Hamdan-Mansour, 2016). Assim, faz todo o sentido que as metodologias de ensino inovadoras assentem em novos significados e sejam suportadas por estratégias centralizadas nos estudantes (Martins et al., 2018).

A SC como recurso pode ser operada por diversos componentes e mediada pelas expectativas de aprendizagem dos estudantes, ou seja, pode ser desenvolvida com a realização de cenários, com atores treinados, para representar determinadas situações clínicas, e pode ser realizada com o objetivo de uma tarefa ou instrumentalização de uma técnica específica como, por exemplo, o treino de competência para a cateterização vesical.

O contexto de saúde atual exige profissionais integrados em equipes multidisciplinares capazes de oferecer respostas colaborativas para a resolução dos problemas. Neste sentido, a “Safe, quality health care depends on the ability of the health care team to cooperate, communicate, and share skills and knowledge appropriately” (INACSL Standards Committee et al., 2021b, p. 49).

A cultura educacional na SC tem evoluído significativamente como experiência de trabalho em equipa, embora fortemente condicionada por variáveis (programas de simulação, tipos de simuladores, envolvimento do currículo, planeamento de cronogramas, expectativas dos estudantes e dos professores), exigindo metodologias educativas capazes de gerarem *insights*. As melhores práticas educativas desenvolvem-se com projetos colaborativos e em sincronia com especialistas de várias áreas do conhecimento, preocupados em sugerir múltiplas experiências, atividades e cenários autênticos, desafiadores e baseados na evidência prática (Kaneko & Lopes, 2019).

A maioria dos entrevistados não participou na elaboração do projeto da SCeE, com a exceção de alguns, que referem um envolvimento parcial, mas manifestam a necessidade de uma maior envolvimento. Salientam que os projetos são elaborados pelo professor (especialista em simulação), como nos refere o EUE 4 “a pessoa entra na prática de simulação e já entra lá num desconhecimento”. O sentimento de desconhecimento sobre a experiência da SCeE surgiu com alguma frequência no discurso dos estudantes e nos enfermeiros entrevistados. A EUE 10 refere “não sabia o que fazer” e defende que uma maior envolvimento na elaboração do projeto, diminuiria possíveis barreiras no processo da SCeE.

Por outro lado, os professores também reconhecem que seria uma mais-valia a integração dos estudantes no projeto de SC, embora sustentem que essa estratégia carecia de um acompanhamento ativo dos mediadores da aprendizagem. Segundo a INACSL Standards Committee et al. (2021c) “all simulation based experiences require purposeful and systematic yet flexible and cyclical planning” (p. 15), nesse sentido, a participação do estudante no planeamento da SC difundia condições de liberdade, bem-estar e valorizava-os como foco principal no processo de aprendizagem.

É primordial projetar a SC em colaboração com especialistas temáticos e priorizar uma abordagem facilitadora nas expectativas de aprendizagem do estudante, em articulação com objetivos mensuráveis (INACSL Standards Committee et al., 2016b; 2021c). As boas práticas na SC (INACSL Standards Committee et al., 2016b; 2021c), preocupam-se com a aprendizagem dos estudantes, nomeadamente em identificar causas subjacentes, pontos de interesse, análise de competências adquiridas, pontos fortes e aspetos a melhorar na qualidade dos cuidados e, nessa ótica, faz todo o sentido querer a participação do estudante na equipa de elaboração do projeto.

Nas entrevistas individuais e na discussão do FG os participantes foram unânimes em afirmar que não contribuíram para a elaboração do projeto SC. Desconhecem algumas orientações sobre as boas práticas em SC segundo a INACSL Standards Committee et al. (2016b; 2021c). No entanto, reconhecem que uma participação do estudante no processo de SC permitiria criar condições para uma experiência de aprendizagem mais significativa. Em relação ao desconhecimento dos estudantes e dos enfermeiros sobre as boas práticas de SC recomendadas pela INACSL Standards Committee et al. (2016b), salientamos que tal fenómeno também foi identificado no estudo de Nunes et al. (2022), como é possível identificar nos testemunhos dos participantes “vou ser sincera, eu não conhecia o texto que você me falou, eu também não conhecia essas boas práticas, gostei de ouvir essas boas práticas de você” (p. 5). Não obstante, os professores referem que disponibilizam um guia orientador sobre os casos clínicos antes da SCeE, embora, segundo os estudantes, não ser suficiente para ultrapassar algumas dificuldades iniciais.

Promover a participação dos estudantes na elaboração dos projetos de SC, segundo a opinião dos participantes, minimizava os sentimentos negativos, reduzia os níveis de ansiedade e a falta de confiança, principalmente nos momentos iniciais. O estudo desenvolvido por Silva et al. (2022) demonstra que a SC é considerada uma experiência com altos níveis de stress e ansiedade e, por isso, é fundamental criar estratégias

pedagógicas, como é exemplo a participação ativa do estudante no processo de preparação da experiência de simulação, no sentido de minimizar emoções negativas emergentes.

A arte de preparar (criar/recrutar) cenários clínicos em ambiente artificial e controlado permite aos estudantes desenvolverem experiências educativas e reflexivas em resposta aos focos alvo de atenção (Duarte, 2016; Moura & Caliri, 2013). A preparação da SCeE deverá atender às recomendações da INACSL Standards Committee et al. (2021a), e adequar a experiência da prática. Na programação da SC vários itens são atendidos, nomeadamente a realização de um *prebriefing* e o *briefing*. Alguns autores defendem também a realização de uma fase de pré-simulação (Silva et al., 2022), emergindo a valorização atribuída à preparação da SC como um foco muito importante para o sucesso da aprendizagem.

Os professores identificam o *prebriefing* como uma fase que possibilita uma pesquisa científica sobre os casos clínicos desenvolvidos e proporciona condições para uma experiência de aprendizagem autêntica. No entanto, na experiência de SCeE, poucos estudantes referem a realização de um *prebriefing*, e a maioria comunga da opinião da EUE 10, “houve um *prebriefing*, mas insuficiente” para se sentirem preparados para a SCeE. Na discussão FG, dos estudantes e enfermeiros, não foi identificada a fase *prebriefing*, e alguns relatam que a experiência consistiu em chegar ao cenário, ler o caso clínico e desenvolvê-lo.

Nascimento et al. (2020) consideram a SC uma técnica sistematizada para aprender e identificam o *prebriefing* e o *debriefing* fases fundamentais desse processo. O *prebriefing* constitui numa estratégia para preparar os materiais e os recursos necessários para potenciar uma experiência, que se espera realista. Nascimento et al., (2020) valorizam a realização de um *prebriefing* e salientam que esta fase da simulação não poderá ser descorada, pelo risco de interferir no sucesso da aprendizagem, embora documentem que a maioria dos estudos sobre a SC valoriza mais o desenvolvimento de habilidades, confiança, conhecimento, resultados e mudanças de comportamento.

Na discussão do FG os estudantes e os enfermeiros não desenvolveram o *prebriefing*, e alguns referiram desconhecer esta etapa da SCeE. Esta declaração converge com o estudo de Silva et al. (2022), também não identificaram uma estrutura do *prebriefing*, afirmando, inclusive, que parece permanecer obscura essa fase na SC. Os enfermeiros manifestaram-se condicionados na SC devido ao desconhecimento do espaço físico, nomeadamente a disposição dos materiais, as características dos simuladores, as características dos espaços

físicos e a limitação de tempo para desenvolver o caso clínico. Considerações que provavelmente se atenuariam com a elaboração de um *prebriefing* estruturado com a liberdade dos participantes exporem todos os elementos integrados na SC.

Na *Scoping Review* de Silva et al. (2022) descrevem com relevância um estudo nacional sobre a validação de um cenário para o trabalho de parto e o nascimento humanizado. Identificou o *prebriefing* organizado em etapas estruturais: regras de simulação, a orientação de papéis, as experiências passadas, a revisão de objetivos, a orientação sobre os ambientes, o nível de simuladores e as características dos espaços físicos, com o objetivo de obter uma melhor familiarização com o cenário. O *prebriefing* garante “a segurança psicológica do aprendiz, contribuindo para a sua satisfação, redução da ansiedade e melhora os resultados, sendo considerado etapa essencial na experiência de aprendizagem baseada em simulação” (Silva et al., 2022, p. 8).

Alguns professores afirmam que os estudantes com *prebriefing* desenvolvem com mais segurança a SCeE. Na *Scoping Review* descrita por Silva et al. (2022) o conceito de *prebriefing* foi abordado por diversos autores como “pré-cenário; pré-simulação; preparação; *briefing*; pré-cenário *huddle*; pré-simulação *briefing*; reflexão antes da ação” (p. 4), ou seja, uma etapa antecedente à simulação.

De facto, uma reflexão detalhada sobre a experiência do *prebriefing* permite atender a um padrão de boas práticas, nomeadamente em: identificar barreiras, avaliar os recursos disponíveis, identificar as expectativas dos participantes e as suas motivações. Por outro lado, permitir identificar as expectativas da simulação, assegurar estratégias facilitadoras da programação das atividades, garantir o tempo necessário, o apoio logístico para o desenvolvimento do cenário e criar condições para uma análise reflexiva com profissionais experientes (INACSL Standards Committee et al., 2021a; 2021b; 2021c).

O *prebriefing* poderá ser dividido em preparação e *briefing* (Silva et al., 2022; INACSL Standards Committee et al., 2021c). Alguns autores consideram o *prebriefing* e o *briefing* sinónimos, outros estabelecem uma dicotomia de *briefing* composto por instruções imediatamente antes da cena e o *prebriefing* o momento de reconhecimento do cenário.

O *briefing* representa uma fase antes do desenvolvimento do cenário que procura descrever o caso clínico e os papéis a desempenhar por cada participante, e é fundamental atribuir tempo suficiente para o esclarecimento de factos associados à simulação. Alguns estudantes descrevem na sua experiência o *briefing* como uma fase rápida, cerca de dois

minutos, embora Silva et al. (2022) estimem que deverá ocorrer em cerca e 10 a 15 minutos, pela importância de transmitir a informação com detalhe, e de preferência operado dentro do cenário (ambiente realista).

Na experiência dos estudantes, o *briefing* gerou alguma pressão, o que dificulta a interpretação dos casos clínicos pela quantidade de informação difundida em pouco tempo. Sentimentos negativos como a pressão e o stress na preparação da SC, também foram identificados no estudo de Silva et al. (2022).

Os enfermeiros classificaram o *briefing* com uma fase rápida para obter informações cruciais sobre o caso clínico, opinião também partilhada pelos estudantes nas entrevistas individuais.

A experiência de realizar o *briefing* no espaço físico da SCeE consciencializa os estudantes para um papel de natureza profissional. Os professores utilizam o *briefing* para uma orientação específica sobre os casos clínicos e afirmam que disponibilizam tempo suficiente para o esclarecimento de dúvidas, embora reconheçam alguma pressão e ansiedade nos estudantes durante a experiência inicial da SCeE. Admitem que o *briefing* tem grande potencial para a experiência de aprendizagem, e que durante a prática de simulação fornecem informações adicionais, sempre que solicitadas pelos estudantes, desempenhando um papel de facilitador do processo.

Assim, o planeamento da SCeE representa uma atividade essencial para obter melhores resultados de aprendizagem. O estudo desenvolvido por Nunes et al. (2022), sobre as boas práticas em SC, identificou vários critérios recomendados pelas *guidelines* da INACSL Simulations Standards (2016b), e o *prebriefing*, e o *briefing* incluem-se como guias de sucesso na experiência do participante.

A preparação da simulação assume uma importância fulcral para o sucesso da aprendizagem. Assim, urge utilizar estratégias de empoderamento e a elaboração de um guião de preparação para a SCeE, com todos os intervenientes no processo, associado a uma visita ao local (CSC) para conhecer toda a sua dinâmica e funcionamento. Uma preparação estrutural da SC promove o empoderamento do estudante, minimiza dificuldades e potencia uma cultura de estudo e de pesquisa científica de suporte à experiência de SC.

Iglésias e Pazin-Filho (2015) descrevem a preparação da SC em dois componentes essenciais: o conteúdo a ser transmitido e a estratégia para transmitir esse conteúdo. A opinião alude a princípios do modelo transmissivo, fortalecido na didática, ou seja, uma preocupação em operar a simulação como um espaço para a transmissão do conhecimento, sem a preocupação de adquirir contributos do estudante para a construção desse processo. No entanto, Nunes et al. (2022) defendem que era importante nessa fase de preparação a inclusão dos estudantes, com o objetivo de colher dados e compreender a perspetiva daqueles para quem a SC é delineada. As experiências com os estudantes representam a principal fonte de obter conteúdos e criam condições de empoderamento no processo educativo (Freire, 2013).

Nos últimos anos o desenvolvimento de projetos de simulação tem crescido gradualmente, de várias formas, utilizando pacientes reais (atores), utilizando a colaboração computadorizada, a ação virtual, *in situ*, a SC imersiva e os simuladores de baixa, média e alta-fidelidade (INACSL Standards Committee, 2016). Independente do tipo de simulação a operar, a discussão de cenários clínicos constitui uma etapa fundamental do processo, atendendo a que permite identificar as expectativas dos intervenientes e procura criar um ambiente interativo e promotor de uma relação de confiança no seio do grupo (Kaneko & Lopes, 2019).

A aprendizagem desenvolvida na SCeE procura contributos de boas práticas para alcançar os objetivos delineados pelo projeto. No planeamento da SCeE, elaborado pelo professor, é fundamental reconhecer a necessidade de envolver todos os intervenientes nesse processo de construção, principalmente os estudantes e os especialistas em várias áreas do conhecimento (Nunes et al., 2022).

A simulação com o uso de simuladores tem prevalecido nas experiências educativas, com especial incidência para a utilização dos SiAF, apesar de haver estudantes que não identificam melhor aprendizagem em relação aos de baixa-fidelidade. Os estudantes valorizam o sucesso das dinâmicas pedagógicas interativas, embora a grande maioria manifeste reações muito positivas pela utilização de SiAF na SCeE.

O nível de fidelidade na SC relaciona-se com a capacidade de transportar para o laboratório uma credibilidade aos cenários clínicos. Por outro lado, a fiabilidade física na seleção de um ambiente adequado e o uso de equipamentos realistas criam melhores

condições para o julgamento clínico e um raciocínio diagnóstico mais eficiente (Nunes, et al., 2020; INACSL Standards Committee, 2016a).

O julgamento clínico e o raciocínio diagnóstico poderão ser identificados como sinónimos na esfera dos processos do pensamento, mas Nunes et al., (2020) identifica-os como fenómenos distintos. O julgamento clínico descrito por Tanner compreende ciclicamente o reconhecimento da situação condicionada num determinado contexto. O raciocínio diagnóstico compreende a organização do conhecimento e a capacidade organizativa de obter informações durante a análise clínica (Nunes, et al., 2020).

Nunes et al. (2020) identificaram nos estudantes com maior nível curricular, melhor condição para o julgamento clínico e raciocínio diagnóstico, considerando a simulação como um instrumento essencial para desenvolver essas competências. A INACSL Standards Committee (2016) inclui nos processos de simulação o raciocínio clínico, que envolve a cognição e a metacognição, focos do pensamento complexo para compreender os dados, os conhecimentos e as habilidades multidimensionais, como resultado de uma fusão e interação do pensamento crítico.

A SCeE fortalece os processos de aprendizagem como resultado da interação ativa do estudante com o meio ambiente. A inclusão de participantes simulados tem crescido nos últimos tempos, retratando vários papéis com foco para maior realismo na SC. A teoria da simulação de Jeffries (2015) e Cowperthwait (2020) incrementaram a NLN Jeffries Simulation Framework com a inclusão do participante simulado, permitindo tornar a experiência de SC mais envolvente. Inclui-se nos participantes simulados vários intervenientes em consonância com as expectativas educativas, nomeadamente outros profissionais da equipa multidisciplinar, membros da família, visitas e outros utentes.

A utilização do participante simulado requer algumas recomendações para manter os níveis altos de fidelidade, por exemplo restringir a interação com o estudante fora do ambiente de SC. A inclusão do participante simulado pretende capacitar o estudante para habilidades não técnicas (empatia, educação do utente/família, habilidades clínicas e relacionais e bem-estar psicológico e emocional), devidamente asseguradas com consentimento, proteção legal e o direito à recusa de participação. O participante simulado (conhecedor do nível de aprendizagem do estudante) contribui para uma experiência significativa, no entanto requer preparação específica e individual e a interiorização do papel a executar.

Durante o FG entre enfermeiros e estudantes, estes declararam a falta de oportunidade na experiência de SC com o participante simulado, embora haja entre todos um reconhecimento generalizado que seria uma mais-valia para uma experiência educativa em contexto clínico com um familiar ou um profissional de saúde (enfermeiro), detentor de um *know-how* capaz de ajudar a conduzir o caso clínico com dicas estruturantes para a aquisição de novos saberes.

Os professores reconhecem o participante simulado para o treino de competências no seio multiprofissional, familiar e da comunidade. Referem que esta componente foi utilizada principalmente nos casos clínicos com crianças, como foco na visão holística e nas dimensões humanas dos cuidados direcionados aos pais.

Os estudantes nas entrevistas individuais também referem que não exerceram a SCeE com o participante simulado e reconhecem que seria uma mais-valia para otimizar competências multidisciplinares para o cuidar holístico. Curioso foi o relato de alguns estudantes a elogiar o papel do enfermeiro residente no CSC, não integrados como participantes simulados, mas que ajudaram no desenvolvimento do caso clínico, com dicas facilitadoras para a progressão do caso, exercendo o papel de facilitador.

É fundamental incluir no projeto de SC o participante simulado, assim como garantir o seu desempenho de forma autêntica com altos níveis de fidelidade, totalmente imerso no desempenho do seu papel, independentemente das vicissitudes da experiência. Utilizar recursos que favoreçam a imersão dos participantes simulados é criar condições para uma experiência de aprendizagem significativa (Cowperthwait, 2020; Jeffries et al., 2015).

A simulação representa uma “metodologia e não simplesmente o uso de simuladores” (Iglesias & Pazin-Filho, 2015, p. 238) e a utilização do participante simulado permite um nível de realismo não disponível com os simuladores ou realidade virtual.

Nunes et al. (2022) identificaram algum desconhecimento sobre as boas práticas na SCeE e reforçam que o objetivo da inovação na simulação não se restringe à introdução de tecnologia computadorizada, pretende, sobretudo, desenvolver nos participantes experiências de aprendizagem. Os professores consideram o ambiente de SCeE inovador, atendendo à tecnologia envolvida no processo de ensino/aprendizagem e defendem a sua integração na estrutura como foco de aprendizagem.

Os estudantes também identificam a SC como inovadora pelo nível de realismo dos simuladores de alta-fidelidade e por criar condições de ensino/aprendizagem antes das

experiências com as pessoas. Consideram experiências educativas de inovação a forma como os professores e os estudantes agem na interpretação, análise e resolução de fenómenos de enfermagem.

Na discussão FG os estudantes e os enfermeiros atribuem inovação à ação educativa realizada fora da sala de aula e à experiência de simulação de alta-fidelidade (realista) que mobiliza conhecimentos teóricos e raciocínio clínico. Defendem a discussão de casos clínicos para melhor integração na experiência da SCeE e manifestam a expectativa de um maior envolvimento do estudante no processo de construção de casos como uma condição essencial para a inovação na aprendizagem.

Assiste-se assim na discussão FG uma partilha convergente sobre a importância de promover uma maior envolvimento do estudante no processo de construção do conhecimento na SCeE (Iglesias & Pazin-Filho, 2015).

Se por um lado o *status* cognitivo está implícito nos processos de aprendizagem, por outro lado não podemos esquecer a influência da expressão histórica e cultural que emerge na ZDP, ou seja, o processo de aprendizagem como um atributo fundamental dos seres humanos (Moll, 2002; Vygotsky, 1991). A ZDP surge em equilíbrio com a heurística em correlação com os recursos socialmente fornecidos durante os processos (Moll, 2002; Vygotsky, 1991) e como nos refere o professor PUE B (Apêndice 5) uma maior participação do estudante permite obter opiniões tão “válidas” e tão “espetaculares” que nós devíamos fazer isso mais vezes.

O ambiente da SCeE surge como espaço privilegiado para manusear instrumentos sociais culturais e científicos com recurso à tecnologia, à representação, à comunicação e ao processamento da atividade intelectual superior (Vygotsky, 1991). Estudiosos piagetianos alicerçam a interação social fundamental para o desenvolvimento cognitivo, e reforçam que as experiências em grupos cooperantes emergem melhores resultados na aprendizagem (Jonassen, 2000; Moll 2002; Papert, 2008; Tudge, 2002). Nesse sentido, no sucesso da aprendizagem nutrem valores estruturais construtivistas com ênfase na matemática, suportados por um processo de construção baseado nas conceções e perceções do aprendiz, em sincronia com as tecnologias digitais (Correia, 2011; Fino, 2017a; Jonassen, 2000).

O estudante constrói-se como agente catalisador do seu processo de aprendizagem, conhece genuinamente as suas necessidades e procura alimentar o seu conhecimento. Freire (2013) evoca a Educação como uma prática da Liberdade, em que o indivíduo atua

no meio com crítica para mobilizar os recursos essenciais na interação socio cultural que desenvolve com o outro, atendendo a que o conhecimento não se gera unilateralmente com autoritarismo e ausência de debate. A SCeE desenvolve-se sob a observação de um mediador que exerce um papel primordial e promove um feedback construtivo do conhecimento, permitindo sequenciar a complexidade do fenómeno à capacidade de resposta do estudante (Iglesias & Pazin-Filho, 2015).

Os estudantes descrevem a SCeE como estratégia capaz de proporcionar o desenvolvimento de competências para resolver problemas e consolidar o conhecimento. Os professores também a conceptualizam como estratégia pedagógica para transferir conhecimentos e gerar novas competências e valorizam, à semelhança dos estudantes, o realismo das práticas.

Os estudantes reconhecem que a SCeE está preparada para trabalhar o erro clínico, não recomendável em ambiente real, mas que pode conceber aprendizagem significativa, quando gerida pedagogicamente. Como nos referem os professores, a SCeE pretende desenvolver competências e aperfeiçoar habilidades técnicas em ambiente seguro e controlado.

Neste enquadramento, os estudantes criticam a avaliação do desempenho ao nível das competências e dos conhecimentos operados na SCeE e sentem-se pressionados e nervosos, com influência direta no raciocínio clínico. Na discussão FG, os estudantes e os enfermeiros são unânimes em concetualizar na SCeE o treino de cenários para desenvolver competências clínicas como complemento à lecionação em sala de aula, mas manifestam alguma pressão pela cultura avaliativa institucionalizada durante essas experiências educativas, causando stress e ansiedade, ou seja, os estudantes sentem-se avaliados pelo professor na SCeE. Os enfermeiros defendem que os momentos de avaliação na SCeE deveriam ser residuais em relação à prática pretendida.

Assim, a opinião dos estudantes e dos enfermeiros sobre a avaliação operada na SC é unânime, consideram que não promove o espírito de aprendizagem, assim como as interrupções sistemáticas da prática simulada para dirigir medidas corretivas.

Se atendermos a que a SCeE prioriza as experiências educativas em convergência com a expectativa do estudante, o ato pedagógico deverá atender aos focos de aprendizagem e às habilidades para resolver problemas (Duman & Çelik, 2012; Jonassen, 2000; Vygotsky, 1991). Uma experiência em laboratório deverá proporcionar legitimidade, autenticidade e

realismo, focalizado no objetivo de trabalhar as respostas humanas para a resolução de problemas (Oliveira et al., 2014; Kaneko & Lopes, 2019).

Se por um lado as estratégias de ensino têm evoluído com as metodologias emergentes, por outro lado a inovação pedagógica está empenhada numa rutura com práticas rígidas e estandardizadas na difusão do conhecimento. Ou seja, uma cultura de aprendizagem interativa, fortalecida com a matemática no centro dos processos heurísticos, estudantes mais autónomos e professores mais preocupados com o processo de mediação educativa como nos propõe Papert citado por Fino (2017b; 2020).

O ambiente de SCeE tem condições para uma experiência de aprendizagem significativa e os simuladores de alta-fidelidade permitem criar condições semelhantes à condição humana. Alguns estudantes, no primeiro contato, descrevem o ambiente de SCeE como assustador e não se sentiam preparados para manusear o nível de tecnologia envolvida na experiência de alta-fidelidade, por desconhecimento. No entanto, a larga maioria dos estudantes e professores identifica o ambiente propício ao progresso de competências clínicas.

Tanto os estudantes como os professores valorizam os simuladores de alta-fidelidade por imprimirem maior realismo à experiência, quando comparados aos de baixa e média fidelidade. Contudo, alguns estudantes declaram que algumas experiências com simuladores de alta-fidelidade ficaram condicionadas ao nível do realismo, pela falta de alguns recursos materiais.

Os professores reconhecem os simuladores de alta-fidelidade como uma mais-valia para a experiência, e salientam uma maior prevalência de casos clínicos do contexto hospitalar em relação aos cuidados de saúde primários. Sugerem maior investimento de casos clínicos relacionados com os cuidados de saúde primários, nomeadamente na prevenção da doença e na promoção da saúde. Vivemos numa sociedade tecnologizada e o Homem usa a tecnologia necessária para conceber ferramentas úteis à construção empoderada de artefactos tecnológicos (Brito & Purificação, 2008). Como nos refere Brito e Purificação (2008) a simples utilização da tecnologia educacional não implica aprendizagem, nem inovação, e necessita de um compromisso entre o professor e o estudante.

Os professores referem que o ambiente da SCeE no CSC permite experienciar casos clínicos em segurança e trabalhar pedagogicamente o erro clínico, no entanto, salientam que os estudantes deveriam ser mais bem preparados, antes de proceder à avaliação das

suas habilidades técnicas. Não obstante, apesar de algumas limitações, os estudantes após a experiência de SCeE sentem-se mais seguros e preparados para exercer a profissão, com sentido crítico no cuidar holístico.

Uma das dificuldades na SC consiste em recriar cenários com elevada fidelidade à realidade. É praticamente impossível simular com pormenor casos clínicos com incontáveis variáveis emocionais, clínicas e técnicas, próprias da unicidade de cada pessoa (Iglesias & Pazin-Filho, 2015). No entanto, os simuladores de alta-fidelidade são aqueles que criam melhores condições para experiências de SC, muito semelhantes à prática real. Os estudantes caracterizam os simuladores essenciais para conferir realismo e precisão às experiências, embora haja estudantes que expectavam maior realismo.

Os professores proferem dos simuladores uma ferramenta didática para construir competências em ambiente controlado, com potencial para estimular o raciocínio crítico e as habilidades técnicas em ambiente seguro. Os estudantes identificam os simuladores de alta-fidelidade com enorme potencial para a aprendizagem e sugerem mais horas de contacto com a prática simulada.

É unânime a necessidade de mais horas de prática de SCeE com simuladores de alta-fidelidade, atendendo a que atualmente as experiências são reduzidas. Por outro lado, durante as experiências de SC, alguns estudantes sentem-se pressionados para não cometerem erros durante a prática simulada, com influência direta na maturação dos processos de construção do conhecimento. A construção do conhecimento é transformada pela experiência concreta, pela observação reflexiva, pela conceitualização abstrata do pensamento e pela experiência ativa do fazer (Martins et al., 2012) e, nesse sentido, necessita de um processo de maturação.

À luz dos professores, a SCeE transforma os processos de aprendizagem, procura as necessidades individuais de cada estudante, estimula a reflexão e o pensamento crítico, embora reconheçam que não substitui os fenómenos complexos da prática. Na discussão FG os estudantes e os enfermeiros consideram os simuladores de baixa-fidelidade limitados e alguns com sinais de desgaste que não favorecem a aprendizagem. Em contrapartida, os simuladores de alta-fidelidade proporcionam experiências adaptadas às expectativas de cada estudante, associado ao foco do simulador representar o contexto de uma situação clínica, de fácil interiorização e percepção, com a missão de permitir uma resposta competente em contexto real (Martins et al., 2012).

A SCeE deverá ser bem estruturada com práticas educacionais adequadas, que promovam a autoconfiança e a motivação para aprender. Embora a SC possa desenvolver-se sem um suporte de um Modelo de simulação, a teoria de NLN Jeffries foi concebida para suportar boas práticas da SCeE (Cowperthwait, 2020; Jeffries et al., 2015; Martins et al., 2018). O modelo assenta em fases fundamentais: *context*; *Background*; *design*; *education strategies*; *simulation experience* e *outcomes* (Cowperthwait, 2020; Jeffries et al., 2015).

A maioria dos estudantes refere desconhecer modelos de suporte para a SCeE e durante a experiência de simulação recorre aos modelos de enfermagem como fundamento ao processo do Cuidar. Os professores também não aplicam um modelo de SCeE, mas antes da prática simulada promovem uma introdução temática, os objetivos pretendidos e a aplicabilidade do processo de enfermagem no caso clínico. Na discussão FG os enfermeiros e os estudantes não utilizaram modelos de SCeE nas práticas que desenvolveram.

Todos os entrevistados (estudantes, professores e enfermeiros) desenvolveram a SCeE no CSC com simuladores de alta-fidelidade e nos laboratórios académicos com nível de fidelidade mais baixa. O contexto da SCeE segundo Jeffries et al. (2015) pode ser desenvolvida no laboratório (vários níveis de fidelidade) académico e/ou profissional ou no local da ação profissional (*in situ*). Não obstante, o contexto constitui um ponto de partida sobre as circunstâncias do cenário escolhido e o início do projeto da SCeE. Representa também um espaço para identificar as expectativas, o nível de experiência e a elaboração do projeto de simulação clínica (Cowperthwait, 2020).

O projeto de SCeE é concebido pela identificação das necessidades. Os casos clínicos vivenciados na prática e baseados em experiências reais criam condições para uma maior envolvimento dos participantes na construção e discussão do caso (Kaneko & Lopes, 2019). Os estudantes defendem a elaboração do caso clínico como foco das experiências da prática clínica. Documentamos o testemunho do professor PUE C (Apêndice 5) que durante o período de pandemia por Covid 19, os estudantes recriaram casos clínicos vivenciados nas experiências de SCeE, com reflexos visíveis na satisfação, envolvimento e partilha de conhecimentos entre os professores e os estudantes.

Na experiência da PUE E (Apêndice 5), os estudantes raramente expressam as suas necessidades e dificuldades, e o professor/tutor com responsabilidade na supervisão, exercita ativamente uma ação construtiva para novas experiências de aprendizagem. A

SCeE muitas vezes é sugerida pelo professor para melhorar dificuldades identificadas. Descreve como exemplo um estudante com dificuldades no cuidar à administração segura de terapêutica medicamentosa durante a prática clínica. Foi sugerido um projeto de SCeE para ultrapassar essa dificuldade e em dois dias o estudante ultrapassou e superou as expectativas de aprendizagem, reforçando a premissa de centralizar o estudante no centro do processo de aprendizagem, ou seja, integrar os objetivos individuais dos estudantes como meta no processo de SCeE (INACSL, 2023; Jeffries, 2015; Kaneko & Lopes, 2019). A SCeE com foco na aprendizagem preocupa-se com a valorização psicossocial, a autorrealização, o pensamento reflexivo, o conhecimento cognitivo e promove a autoconfiança e discussão de novos pontos de vista (Bortolato-Major et al., 2019).

Os estudantes nas entrevistas individuais consideraram os casos clínicos adequados ao desenvolvimento de conhecimento que possuíam, no entanto referem que deveria haver maior diversidade dos contextos de saúde, como nos refere a EUE 5 (Apêndice 3) “falta sempre qualquer coisa em relação à realidade”, atendendo a que se resumem a dois casos habitualmente utilizados em todos os cursos, caso “Acidente Vascular Cerebral” (AVC) e caso “Doença Pulmonar Crônica Obstrutiva” (DPOC). Os estudantes defendem maior realismo e diversidade nos casos (EUE 11; EUE 12) e uma maior participação dos mesmos no processo de construção, pelos contributos e sugestões de casos clínicos em convergência com as expectativas de aprendizagem.

Os professores comungam da opinião que os casos são adequados ao nível da aprendizagem dos estudantes, são casos que se aproximam da vida real (PUE A) e adaptáveis às necessidades de aprendizagem de cada um. Salientamos a opinião da PUE B, considera os casos clínicos superficiais e a PUE C reconhece a mais-valia na participação do estudante como agente ativo na construção de cenários clínicos diferentes.

Os enfermeiros consideraram os casos clínicos interessantes, com potencial para desenvolver competências fundamentais, no entanto, opinam que o tempo disponibilizado para a resolução dos mesmos foi escasso. Defendem mais tempo de SCeE para refletir e interpretar os casos clínicos que são apresentados e reconhecem, atualmente, como profissionais de saúde que se houvesse mais diversidade nos casos clínicos, estariam mais bem preparados para enfrentar desafios emergentes na prestação de cuidados de saúde.

O realismo da SCeE encontra-se associado aos recursos disponíveis, características dos simuladores e tipo de laboratório. Tanto os estudantes como os professores exerceram a

SCeE no laboratório de alta-fidelidade e consideraram uma mais-valia a experiência de aprendizagem e valorizaram a parceria académica estabelecida com o CSC da RAM. Na discussão FG emerge as potencialidades realísticas do laboratório de alta-fidelidade e defendem utilizá-lo com maior frequência.

É inegável as condições tecnológicas dos simuladores de alta-fidelidade, valorizada pelos entrevistados, no entanto, não há referências às práticas educativas desenvolvidas na SCeE. Na discussão FG mencionam como prática educativa a exposição de conteúdos e o desenvolvimento de casos clínicos. Os estudantes identificam exercícios elaborados para estimular o pensamento crítico e a reflexão sobre a prática simulada (*debriefing*) e reconhecem o guião facultado pelo professor um guia orientador para a SCeE.

Os professores utilizam a dramatização de casos clínicos, autoscopias e reflexão sobre fenómenos de enfermagem adaptados às experiências de cada estudante. Preocupam-se também em adequar estratégias que capacitem o desenvolvimento de competências e habilidades técnicas e, nesse sentido, reconhecem a necessidade de maior contributo das teorias de aprendizagem.

Urge uma reflexão sobre a metodologia fabril centrada na didática, precisa em objetivos para a obtenção de um resultado (Silva, 1999) ou sobre o foco da aprendizagem centralizada nos processos plurais e heterógenos de cada aprendiz (Vygotsky, 1991). A SCeE não poderá restringir-se a uma mera transmissão de conteúdos ministrados por especialistas, mas promover o desenvolvimento da capacidade crítica e inovar na construção do conhecimento (Apple, 2001). Como nos documenta Althusser (1970), os ambientes de SCeE desenvolvidos no CSC e no laboratório académico assemelham-se a locais de representação social e cultural, que apesar de possibilitarem o desenvolvimento do pensamento crítico e a tomada da decisão, predominam ainda numa estratégia didática mediada pelo professor.

As vivências dos estudantes na SCeE foram gratificantes, criaram espaço para estimular o raciocínio clínico e lógico e acolher experiências educativas muito próximas da prática do dia a dia (maior realismo). Existe um reconhecimento unânime sobre as potencialidades da SCeE para a construção de uma experiência significativa, porém discordam da prática utilizada pelos professores para avaliar o desempenho e habilidades técnicas dos estudantes, considerando essa condição potenciadora de pressão durante a experiência de aprendizagem.

Curiosamente os estudantes identificam a SC de alta-fidelidade no CSC com maior cariz avaliativo em relação aos de baixa-fidelidade e sentem mais apoio dos professores na SCeE desenvolvida no laboratório académico.

Uma das experiências muito valorizadas pelos participantes alude ao espírito de interajuda no seio do grupo, com dicas importantes dos professores e dos enfermeiros do CSC, revelando-se uma experiência muito positiva na procura de construir um conhecimento sólido e significativo.

Os professores analisam a experiência de SCeE e consideram-na semelhante ao contexto da prática, reconhecem que os simuladores de alta-fidelidade transformam a simulação realista, no entanto alertam que não existe simulador que substitua a genuína relação humana e o foco da aprendizagem nutre em criar condições para que os estudantes desenvolvam dimensões cognitivas, afetivas e instrumentais.

Há um reconhecimento dos professores sobre a carga emocional intensa gerada durante a SCeE, associam-na ao processo de avaliação a que os estudantes são sujeitos e ao estímulo permanente ao raciocínio clínico e à fundamentação dos focos de enfermagem. Não obstante, os professores têm a responsabilidade de preparar estudantes para que sejam capazes de fornecer cuidados seguros e de alta qualidade (Basler et al., 2020).

Na discussão FG os estudantes valorizam a mobilização e a partilha de conteúdos para o cuidar holístico. Foi unânime na discussão de grupo um clima propício para avaliar o desempenho do estudante na SC, apesar de valorizarem o papel do professor como parceiro na construção de significados. Os enfermeiros são da mesma opinião sobre a SCeE, uma experiência para avaliar competências e habilidades, e referem que sentiram pressão para cumprir com o tempo programado e sem erro clínico. A experiência de SC com pessoas reais para o treino da relação humana e da comunicação e mais experiências na arte do cuidar à pessoa em situação crítica constituem focos necessários e alvo da expectativa dos enfermeiros.

A limitação de recursos materiais e consumíveis na SCeE estimulou os estudantes a recorrerem à imaginação para prosseguir o caso, com consequências ao nível de realismo da experiência. A transversalidade da teoria contemporânea defende que uma aprendizagem significativa requer uma tarefa significativa, e a mais significativa emerge de um contexto semelhante ao real. Evocamos, deste modo, o status do realismo para a experiência de aprendizagem. O ambiente de aprendizagem semelhante à experiência real,

promove uma cultura crítica e inovadora na estratégia da educação, fundamental como alavanca de transformação pedagógica, social e política (Fino, 2020; Freire, 2013; Kincheloe, 2006b).

De facto, como nos refere Fino (2022), urge contribuir para o crescimento crítico da comunidade académica, mais ativa e responsável pelos seus processos de aprendizagem, permitindo ao aprendiz adquirir aptidões de pensamento. A SCeE não deverá embeber somente da transmissão do conhecimento expositivo e deverá, também, habilitar os estudantes a identificar as necessidades formativas, numa sociedade cada vez mais desigual, que procura consolidar a individualidade e a autonomia nos ambientes de aprendizagem (Apple, 2001; Giroux, 1983).

Emerge uma preocupação sobre a construção dos projetos de simulação, os estudantes não são incluídos nesse processo, prevalecendo de certa forma uma cultura didática. Parece resistir a conceção dos estudantes como portadores de artefactos sociais compatíveis para representarem processos de aprendizagem. Como nos refere Sousa (2018), o Homem deverá promover uma cultura crítica, consciente e participativa nos processos de construção e os estudantes, como nos refere Freire (2013), representam uma fonte primária de artefactos significativos nos processos de construção de saberes.

O papel do estudante na SCeE e o seu bem-estar individual e coletivo contribui para a construção do conhecimento significativo. Alguns estudantes exerceram um papel ativo durante a SCeE na resolução dos casos clínicos planeados pelo professor. Aparentemente, existe alguma desorientação, os estudantes manifestam-se perdidos e relatam um ambiente frio, distante, com a observação atenta do professor com o intuito de avaliar o desempenho. Defendem a participação dos estudantes no processo de construção dos casos clínicos, acreditam nesta estratégia para ultrapassar barreiras, otimizar a integração, esbater a influência negativa da avaliação e promover o bem-estar.

Ao nível do bem-estar os professores descrevem uma envolvimento de proximidade e partilha entre todos os intervenientes, considerando o ambiente harmonioso e acolhedor, embora com alguns períodos de ansiedade e nervosismo dos estudantes. Os estudantes e os professores enaltecem a dedicação dos enfermeiros do CSC da RAM, responsáveis pelo funcionamento e preparação dos simuladores, sempre preocupados em criar um ambiente acolhedor e de interajuda, com dicas oportunas para ajudar na progressão dos casos clínicos.

Na discussão FG os estudantes sentiram-se rotulados pelo desconhecimento da matéria e distração nas aulas, perante a dificuldade em resolver alguns casos clínicos. Os entrevistados sugerem períodos de discussão com o professor ou com o especialista sobre os casos clínicos que são experienciados nas práticas, que cativem participação e entusiasmo. Defendem, também, agendar um treino preparatório da SCeE, com o objetivo de fortalecer condições para o bem-estar individual e coletivo dos intervenientes.

Uma condição essencial para o bem-estar individual e coletivo na SCeE relaciona-se com uma participação ativa no processo de construção. Durante a discussão FG os estudantes e os enfermeiros não são incluídos no planeamento dos casos clínicos alvo de SC. Os enfermeiros questionam se os estudantes são considerados agentes ativos do processo de aprendizagem, há que criar condições à participação ativa e à envolvimento em torno de uma experiência significativa que reflita as vivências experienciadas nas práticas clínicas. Como nos refere Hargreaves (1998), os processos poderão não ocorrer naturalmente, mas necessitam de afirmação, mesmo com uma considerável oposição. O estudante como agente catalisador do seu processo de aprendizagem reconhece genuinamente as suas necessidades e canaliza recursos para potenciar o seu crescimento.

As professoras não emitem opinião sobre a participação dos estudantes na construção dos casos clínicos, no entanto a PUE C (Apêndice 5) descreve a experiência que desenvolveu com os estudantes durante o período de pandemia COVID 19, devido às restrições de isolamento, os estudantes foram convidados a desenvolverem casos clínicos baseados nas experiências e nos seus conhecimentos teóricos e o resultado, segundo a professora, foi animador. Obtiveram um feedback muito positivo sobre essa experiência, envolvimento dos estudantes na atividade, criatividade na apresentação de estudos de caso, entusiasmo e aparente satisfação no processo de aprendizagem.

Esta experiência sensibilizou sobre a importância da participação ativa do estudante no processo de aprendizagem. Estamos a formar gente para cuidar de gente. O indivíduo não é um mero produto do ambiente e das suas disposições internas, mas a interação desses fatores em equilíbrio com interações sociais e culturais nos processos de construção (Carretero, 2002). Segundo Ausubel citado por Carretero (2002), a aprendizagem deverá ser uma atividade significativa diretamente relacionada com o conhecimento novo e o que já possui, e a repetição de uma atividade habilita a compreender o fenómeno com propriedade desde que acompanhada com compreensão e motivação.

As boas práticas na SCeE valorizam a opinião dos estudantes e de todos os parceiros na procura de uma melhoria contínua. Um plano de avaliação adequado sobre a satisfação e os resultados obtidos na experiência procura monitorizar as perceções educacionais dos intervenientes ao nível das metodologias utilizadas e na valorização da investigação com enfoque na inovação pedagógica (INACSL Standards Committee et al., 2021b; 2021c).

Os estudantes manifestam que obtiveram vários ganhos no ambiente de SCeE, nomeadamente: melhor capacidade de reflexão; melhor interação com os vários elementos da equipa multidisciplinar e adquiriram novas competências para o exercício profissional. Valorizam a aplicabilidade dos conteúdos teóricos lecionados nas experiências de SCeE e manifestam que se sentem mais bem preparados para a resolução de problemas com menor probabilidade de ocorrência do erro clínico.

Os professores são unânimes em reconhecer os ganhos obtidos na SCeE estruturais, principalmente ao nível do desenvolvimento de habilidades comunicacionais, ao nível da argumentação dos fenómenos de enfermagem e na evolução de novas estratégias na intervenção, na relação de ajuda e na tomada de decisão clínica.

Por outro lado, alguns enfermeiros durante a discussão FG manifestam poucos ganhos, sentiram que prevaleceu a avaliação de competências e habilidades técnicas dos estudantes em relação aos conteúdos das experiências que foram desenvolvidas. Manifestaram poucas oportunidades para aprender com o erro, sentiram pressão para não falharem no procedimento e também identificaram algumas falhas nos recursos materiais e consumíveis.

Na discussão FG, tanto os enfermeiros como os estudantes não mencionaram momentos de debate sobre a importância de uma cultura da prática simulada no ensino da Enfermagem. Os estudantes nas entrevistas individuais referem que não houve espaço para debater sobre a cultura da SCeE e a sua importância como estratégia educativa no ensino da Enfermagem. Os professores no âmbito da primeira visita ao CSC da RAM, em sala de aula, apresentaram uma exposição teórica sobre o funcionamento e a organização dos espaços físicos do CSC de alta-fidelidade, e algumas descrições sobre as características dos simuladores. Segundo os estudantes a apresentação do CSC foi rápida, no entanto permitiu a colheita de alguns dados sobre o CSC de alta-fidelidade, local onde os estudantes desenvolveram experiências educativas. Houve também espaço para conhecer a expectativa dos estudantes para a primeira experiência de SCeE de alta-fidelidade no CSC.

A prática simulada representa uma realidade no curso de Licenciatura em Enfermagem e, como estratégia de ensino para o desenvolvimento de competências, tornou-se fundamental para os estudantes (Schuelter et al., 2021). O testemunho da professora PUE E (Apêndice 5) em contexto de estágio em cuidados de saúde diferenciados, identificou uma estudante com muitas dificuldades no processo do Cuidar e promoveu uma orientação tutorial para identificar a natureza dessas dificuldades. Após momentos de discussão e de partilha sobre o desenvolvimento do estágio, reconheceram a SCeE como uma estratégia pedagógica para ultrapassar as dificuldades identificadas. Ou seja, a discussão em torno das dificuldades sentidas na prática e a importância de uma cultura de SCeE como recurso para ultrapassar os problemas permitiu ao estudante obter um desempenho positivo e obter os objetivos propostos em estágio.

Os professores reconhecem o papel fundamental da SCeE como instrumento para capacitar os estudantes a obterem melhores resultados na construção de um processo de aprendizagem significativo. A SCeE como método pedagógico, suportado por projetos de cenários reais, permite identificar barreiras aos processos de construção e promove a reflexão e a metacognição dos processos de aprendizagem (INACSL, Standards Committee et al., 2021a).

No desenvolvimento da SCeE é fundamental a envolvimento dos estudantes em todas as fases do processo, e identificar se é relevante para o contexto da prática atual. A reflexão constitui uma experiência estruturante para o processo de construção da aprendizagem e o *debriefing*, quando mediado por especialistas, permite obter dados significativos sobre a experiência vivenciada, obtendo-se indicadores estruturantes sobre o processo de construção da aprendizagem.

O *debriefing* é defendido como uma das fases mais importantes do processo da SCeE e representa uma análise exaustiva e completa da ação da simulação. A arte de analisar o processo da SCeE representa um momento sensível, atendendo a que uma crítica desestruturada pode clivar uma relação entre os intervenientes, principalmente o mediador do processo, assim como interferir na autoestima do estudante pela exposição e com isso provocar condicionamentos e limitações na aceitação de novos comportamentos (Iglesias & Pazin-Filho, 2015). Na SCeE o *debriefing* descreve o desempenho do estudante nos pontos fortes e nas oportunidades para evoluir e representa uma oportunidade que permite melhorar resultados de aprendizagem auto direcionada para a reflexão sobre a simulação desenvolvida.

Os professores nas entrevistas individuais identificam o *debriefing* como um momento de reflexão sobre todo o processo desenvolvido e classificam-no como uma etapa fundamental e de análise da experiência desenvolvida. Alguns investigadores identificam o *debriefing* como o “coração e a alma da simulação” e essencial em todos os tipos de simulação (Moura & Caliri, 2013). O *debriefing* representa uma etapa de estímulo para desenvolver novos conhecimentos, representações e construção de novos julgamentos clínicos. É unânime entre os professores que o estudante reconhece com precisão o seu desempenho na SCeE, reflexo dos sentimentos emocionais expressos pelos estudantes, que constituem simultaneamente uma oportunidade para gerar novas experiências de aprendizagem. O *debriefing* é manifestamente reconhecido, pela maioria dos professores, como essencial para identificar dificuldades e estabelecer parcerias para novas estratégias de aprendizagem.

Na metodologia adotada no *debriefing* é fundamental o acolhimento do estudante ou grupo e promover uma discussão focada nas tarefas desenvolvidas, abstendo-se de comportamentos individuais irrelevantes. O *debriefing* procura a descrição da experiência vivenciada pelo estudante e promove a discussão focalizada em obter *insights* com mensagens claras e objetivas para a construção da aprendizagem (Iglesias e Pazin-Filho, 2015).

Alguns professores manifestam dificuldades em encontrar condições físicas perante o número elevado de estudantes para realizar o *debriefing* e, como alternativa, elaboraram um resumo do cenário e solicitaram aos estudantes uma análise reflexiva do caso. Nunes et al. (2022), no estudo que realizaram, defendem que o *debriefing* deve ser realizado em ambiente confortável que promova a reflexão sobre as práticas e não uma exposição teórica sobre a SC. No entanto, na revisão da literatura que efetuaram, identificaram que também a falta de tempo condiciona a interação, a reflexão e a inovação de estratégias educativas na SCeE. Não obstante, o *debriefing* deverá ser desenvolvido num ambiente propício à aprendizagem, à confidencialidade, com espírito de confiança e aberto à comunicação e à reflexão (INACSL Standards Committee, 2016c).

O *debriefing* é considerado pelos estudantes uma das fases mais importantes da SCeE. Consideram os momentos reservados para a reflexão das práticas, a análise dos erros identificados durante a prática e a análise das recomendações de melhoria sugeridas pelo professor fundamentais para a construção de uma aprendizagem sólida. O *debriefing* possibilita ao estudante desenvolver capacidades para a tomada de decisões, comunicação,

consolidar a sua autonomia e promover as melhores práticas no contexto clínico com foco na sua atuação como profissional (Rosa et al., 2020).

No *debriefing* alguns estudantes manifestaram a excessiva valorização dos aspectos menos positivos, considerando nesta fase ser primordial conduzir a reunião com equilíbrio nas observações de melhoria e nos elogios com o foco de estimular os potenciais de crescimento de cada estudante.

Durante a discussão do FG os estudantes também classificaram o *debriefing* como uma das fases mais importantes do processo da SCEE. No entanto, na experiência que tiveram referem alguma desorganização, que inevitavelmente conduziu a um momento informal de reflexão sobre a experiência. Os enfermeiros identificam o *debriefing* como inovador, por permitir atribuir aos estudantes um espaço de reflexão e metacognição e contribuir para a construção dos processos de aprendizagem, embora lamentem a hipervalorização do professor dos pontos menos positivos.

A investigação e as parcerias desenvolvidas no ambiente de SCEE representam um designo fundamental para o sucesso de uma experiência de aprendizagem. Ao nível das parcerias desenvolvidas, é unânime entre todos os participantes, professores, estudantes e enfermeiros, a mais-valia dos CSC de alta-fidelidade para a SCEE. O desenvolvimento de práticas simuladas em contexto de laboratório com nível de realismo adequado ao contexto clínico e à experiência desejada pelo estudante promove maior satisfação e contribui para o crescimento da aprendizagem.

Em relação à investigação, há um reconhecimento dos contributos fundamentais para a construção da aprendizagem. A maioria dos entrevistados não faz referência à investigação desenvolvida na SCEE, a prática da simulação é referida num contexto de simulação prática para a resolução de um caso clínico. No entanto, a Enfermeira FGI (Apêndice 9) fundamentou a sua prática com estudos de investigação sobre o caso clínico a ser desenvolvido e reconhece que essa experiência permitiu adquirir fundamentos estruturais para fortalecer o conhecimento humano.

No passado, as práticas de SCEE eram realizadas no CSC da RAM e acompanhadas por um estudo sobre a satisfação dos estudantes com o *debriefing*. O estudo permitia identificar se a experiência de simulação proporcionava satisfação aos estudantes. Os professores reconhecem que a investigação cria condições para uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem e são da opinião que deveria haver mais estudos para

monitorizar o fenómeno e compreender as respostas humanas envolventes. A investigação é essencial para otimizar a prática e preparar os profissionais para os desafios futuros.

Salientamos o estudo que Padilha et al. (2019) desenvolveram para avaliar o impacto da simulação ao nível da retenção do conhecimento, raciocínio clínico e satisfação com a experiência de aprendizagem dos estudantes. A investigação identificou que a simulação clínica melhora os resultados de aprendizagem e revelou a SC como uma estratégia pedagógica para a construção de saberes. A evidência científica identificou, também, as novas tendências da evolução dos estudantes do século XXI, com altos níveis de utilização da simulação virtual e habilidade no manuseamento de ferramentas digitais. Os dados obtidos na investigação permitem demonstrar como a simulação pode melhorar o raciocínio clínico e a retenção de conhecimento e disponibiliza ferramentas essenciais para a construção de novos saberes.

A SCeE é concetualizada como um instrumento pedagógico de aprendizagem disponível com vários níveis de fidelidade, em ambiente controlado, como uma mais-valia para consolidar os conhecimentos teóricos e estimular os estudantes, a refletir e estimular o raciocínio e o julgamento clínico. O nível de realismo com simuladores de alta-fidelidade, semelhante ao contexto real, exerce uma ação positiva na aprendizagem e permite adequar o desenvolvimento de competências e habilidades profissionais para o cuidar holístico. Neste sentido, a SCeE propicia um ambiente disponível para o treino, em que o erro clínico pode ser canalizado com foco de aprendizagem através dos processos de reflexão e metacognição.

As orientações dos modelos de simulação clínica são fundamentais para organizar a estrutura do pensamento. A SCeE desenvolvida é fundamentada com recurso a modelos de Enfermagem para o cuidar holístico e não são utilizados modelos de simulação clínica durante essas experiências.

O *prebriefing* representa um termo pouco familiarizado entre os entrevistados, com a exceção dos professores, o *briefing* fundamental para introduzir o caso clínico e fornecer algumas informações uteis sobre o caso alvo de simulação, apesar de constituir um momento de pressão e ansiedade. O *debriefing* é considerado uma das fases mais importantes do processo de SCeE, permite uma reflexão sobre a prática desenvolvida e uma análise exaustiva dos pontos fortes a prevalecer em relação aos menos fortes e alvo de correção e melhoria.

O processo de SCeE é descrito com um ambiente de interação entre os intervenientes, embora munido de algum nervosismo e ansiedade, os estudantes sentem que são alvo de uma avaliação de conhecimentos e de habilidades profissionais. Os simuladores são adequados à realidade da prática e permitem uma reflexão das experiências desenvolvidas na prática clínica. O processo é caracterizado pelos estudantes com elevada carga de ansiedade, associada, por um lado, à componente avaliativa ao nível das competências e conhecimentos que são sujeitos e, por outro lado, ao desconhecimento prévio do espaço físico onde se desenvolve a SCeE.

A experiência com o participante simulado é valorizada para o treino do cuidar holístico num contexto multidisciplinar e de intervenção familiar. Estudantes motivados para a experiência de SCeE, no entanto há necessidade de melhor preparação para a experiência prática com recurso a um *prebriefing* estruturado e planeado e um *briefing* com linhas orientadoras estruturantes.

As representações do estudante no processo de SCeE constituem uma oportunidade para identificar o envolvimento no processo de construção de uma aprendizagem significativa. O ambiente da SCeE é privilegiado para uma experiência significativa de aprendizagem, permite desenvolver vários cenários clínicos e gerir o erro clínico como foco de aprendizagem. A influência emocional para não falhar e o sentimento de estar a ser avaliado ao nível do seu desempenho condiciona a SCeE como uma experiência mobilizadora de conhecimento. Constitui uma inovação poder exercer o treino de competências em simuladores com elevado nível de realismo, antes da prática de cuidados no contexto real.

O nível de fidelidade do simulador influencia o realismo dos cenários, no entanto mais horas disponíveis para a SC e a implementação de metodologias pedagógicas interativas, assim como a partilha de experiências e a discussão de casos promove uma maior envolvimento dos estudantes no processo de aprendizagem.

A falta de preparação sobre o funcionamento dos simuladores provocou nos estudantes alguns receios. Os estudantes não se sentiam preparados para o nível de tecnologia dos simuladores, e isso condicionou o desempenho na SCeE. Também algumas condições físicas dos simuladores, principalmente os de baixa-fidelidade, com aparentes sinais de desgaste, limitou a experiência de aprendizagem.

O cenário desenvolvido na SCeE foi projetado pelo professor, o estudante não participou no processo de construção, exercendo um papel passivo em relação ao planeamento da SCeE. Havia a necessidade de explorar outras áreas do conhecimento, como as situações de urgência e emergência, os casos foram limitados a dois contextos fisiopatológicos com tempo reduzido para a sua resolução. Não têm a certeza se os casos clínicos desenvolvidos na SCeE os preparou para a vida profissional.

A relação entre o modelo de simulação e as representações dos estudantes na SCeE assume particular destaque. Na elaboração de casos clínicos é fundamental integrar as experiências dos estágios desenvolvidos, valorizando os contributos dos estudantes, como reflexo da experiência vivida. Nesse sentido, seria inovação integrar essas experiências e contributos no processo de construção da SCeE, desejada como mais-valia pela comunidade educativa, incluindo os professores. Os contributos do estudante no planeamento e na construção dos casos clínicos estimulava novas experiências de aprendizagem e implementava uma estratégia educativa ao encontro da real expectativa de cada estudante.

A simulação de alta-fidelidade representa uma mais-valia, no entanto usar a SCeE para avaliar as competências e habilidades técnicas dos estudantes não favorece as experiências de aprendizagem. O modelo de SCeE defendida por Jeffries (2015) não prevê a implementação de um processo de avaliação de desempenho do participante.

A preparação da SCeE constitui uma etapa estrutural, o participante deverá conhecer os espaços físicos e as características dos simuladores utilizados recorrendo a um *prebriefing*. A elaboração de um *briefing* com dados detalhados sobre o desenvolvimento do cenário a ser desenvolvido e a elaboração de um *debriefing* com especialistas em várias áreas do conhecimento com *Know-how* especializado é fundamental. Não obstante, a participação ativa do participante (estudante) nas várias etapas do processo de construção da SCeE permite adequar o desenvolvimento das competências em consonância com as expectativas de aprendizagem, valorizando o trabalho autónomo do estudante na procura do conhecimento.

O nível de empoderamento do estudante na SCeE merece envolvimento convergente com as expectativas criadas nas experiências de aprendizagem. Os estudantes exercem um papel de interpretar e resolver os casos clínicos apresentados pelo professor e sentem-se pouco preparados por desconhecer o desenvolvimento do processo, condição geradora de stress e ansiedade na experiência de SCeE. A SC é programada pelo professor, ação diretiva no

processo educativo, no entanto é fundamental valorizar o papel ativo do estudante envolvendo-o em consonância com todos os participantes, criando condições de empoderamento compatíveis com o bem-estar para a aprendizagem.

O exemplo da experiência educativa durante a Pandemia Covid-19, para os estudantes recriarem casos clínicos devido às restrições do isolamento, foi considerado pelos professores uma atividade educativa de sucesso, promoveu maior envolvimento, partilha, motivação e satisfação durante a experiência educativa genuína, autêntica e construtiva.

7 – Considerações

O foco da aprendizagem, na atual sociedade pós-moderna, decorrente da globalização tecnológica, enfrentou grandes desafios no século XXI, (Dale, 2004; Lipovetsky & Charles, 2018).

A Comissão Internacional sobre a Educação para o Século XXI, criada pela UNESCO, sob a presidência de Jaques Delors, apontou algumas recomendações para o processo de aprendizagem no atual contexto tecnológico: aprender a conhecer as oportunidades educativas ao longo da vida; aprender a formalizar respostas à qualificação profissional no desenvolvimento de competências para a resolução de problemas em contexto de trabalho em equipa multidisciplinar; aprender a viver em parceria com o outro na partilha de experiências e respeito plural; aprender a ser responsável e a não negligenciar o processo de autonomia na tomada de decisão em consonância com as suas capacidades e aptidões (Delors, 1997).

O saber representa o conhecimento e a capacidade de juízo da pessoa sobre um determinado fenómeno. A criação da OE em 1998 surge como entidade para regular toda a atividade profissional e científica dos Enfermeiros e, no seu regulamento de competências de cuidados gerais, emana áreas do “saber” em convergência com as declarações de Delors (1997) na Comissão Internacional sobre a Educação.

A SCeE como estratégia pedagógica, e altamente tecnológica com recurso a SiAF, contribui para a construção de saberes significativos e altamente diferenciados. É inegável que a tecnológica no desenvolvimento humano exerce forte interferência no meio natural do Homem, desde o início do século XXI. Como nos refere Correia (2011) a tecnologia interliga-se na cultura da nossa sociedade com contributos fundamentais para a ação educativa. No entanto, utilizar meios tecnológicos na SCeE não evocaram, necessariamente, à inovação, atendendo a que o professor está ao serviço com responsabilidade pelo planeamento dos casos clínicos, reportando à era da modernidade.

A inovação não se limita aos meios tecnológicos, mas uma ferramenta pedagógica que permite fazer algo de diferente (Fino 2017a). A formação da enfermagem evoluiu, e se fosse possível viajar no tempo, a grande maioria não previa a disponibilidade de recursos tecnológicos para a formação de novos enfermeiros. Mas, na essência, o que é que mudou no ensino da Enfermagem de hoje? A tão ambicionada inovação na SCeE altamente

tecnológica com SiAF, parece estar iminentemente adiada. No essencial, continua a prevalecer a doutrina clássica de transmissão do conhecimento, mas mais sofisticada e com recursos altamente tecnológicos. A ação educativa da SCeE continua fortalecida numa metodologia de ensino e não de aprendizagem. As atuais tendências reformistas querem mudar o ensino, mas as resistências tradicionais da escola adaptam-se às novas reformas e fortalecem a doutrina tradicional da didática e do ensino diferenciado (Papert, 1995).

As teorias clássicas consideram que a aprendizagem se baseia na mente, dotada de faculdades mentais, e que exercitada constitui um potencial significativo (Correia, 2011). Para a aprendizagem significativa é necessário o estudante se predispor a aprender e o conteúdo ser apreendido com potencial significativo. Existe, assim, uma distância que medeia o nível atual de desenvolvimento e o nível potencial.

A SCeE arroga uma estratégia de destaque nos processos de construção da aprendizagem na ZDP e, se atendermos à Educação e às teorias da aprendizagem, compreender os fenómenos da natureza humana e o Homem no seu meio envolvente, continua a ser um desafio incerto.

A construção ativa do conhecimento evoca uma interação com o ambiente, e não como receita de uma transmissão pura de conteúdos formalizados por especialistas, enfatizando no perfil construtivista do conhecimento a criação de ambientes que permitam ao estudante explorar, questionar e refletir sobre o conhecimento adquirido no contexto social e cultural.

Neste sentido, as estratégias interativas procuram obter o envolvimento coeso e estável do estudante nos processos de construção, com a adoção de técnicas criativas e gamificação na SCeE (Torio et al., 2019). A Educação na SCeE procura obter uma identidade aberta a processos de mudança e a novos paradigmas, emergidos na atual sociedade tecnológica e progressiva no ensino e na aprendizagem.

A descrição da SCeE transportou os ideais de Vigotsky (1991) na intenção pedagógica da construção da ZDP robusta e capaz de promover o desenvolvimento de competências na construção de uma aprendizagem contínua. Aclamando à inovação nos processos de construção, o currículo também procurou rodear os conhecimentos envolvidos na subjetividade humana e no desenvolvimento do conhecimento no contexto sociocultural (Silva, 1999).

Face ao exposto, emergiu a condução da SCeE com o modelo de Jeffries et al. (2015), fortalecendo as ligações teóricas e práticas na apropriação de competências altamente

diferenciadas ao nível do pensamento. A exposição das diferentes etapas do modelo de Jeffries, et al. (2015), permitiu concentrar um canal coerente com as expectativas de aprendizagem no: *context*; no *background*; no *design* (projeto), nas práticas educacionais (*simulation experience*), na *simulation experience* e nos resultados (*outcomes*) (Cowperthwait, 2020; Martins et al., 2018).

A SCeE representa um ambiente que permite partilhar conhecimento e promover interações entre as pessoas, que interagem com ferramentas e artefactos, exercendo influência nas ações do grupo. A partilha do conhecimento gera aprendizagem, porém, seja formal, informal, simulada ou autoaprendizagem, é fundamental atender a cada um desses domínios do processo educativo. No que se refere ao Ensino Superior, como nos salienta Correia (2011) “as Universidades têm vindo a centrar-se na educação formal” (p. 104).

Assim, a investigação procurou compreender o processo educativo da SCeE nos estudantes do CLE e de que forma as experiências nos laboratórios académicos (baixa e média-fidelidade) e no CSC de alta-fidelidade potenciaram o conhecimento e o desenvolvimento de competências e habilidades técnicas. Partimos do referencial das boas práticas recomendadas pela INACSL *Standards Committee* (2016a; 2016b; 2016c; 2021a; 2021b; 2021c; 2021d) a serem operadas na SCeE. A colheita de dados foi feita junto dos estudantes e professores do CLE, com experiência em práticas simuladas, assim como junto dos enfermeiros recém-licenciados (menos de 24 meses de experiência profissional), de forma a compreender como estão a ser operadas as experiências e as dinâmicas da SCeE.

A investigação qualitativa revelou-se de uma importância inigualável para o desenvolvimento do conhecimento científico, vocacionada para as áreas sociais, como a educação e a enfermagem, e procurou compreender as experiências individuais que contribuem para a personalização da ciência. O paradigma qualitativo fundamentou a investigação e assumiu-se como uma linha preferencial na compreensão do comportamento humano na SCeE com o desenvolvimento do estudo de caso. Como nos refere Yin (2001) a clara necessidade dos estudos de caso surge do desejo de se compreender fenómenos sociais complexos, permitir uma investigação para preservar as características holísticas e significâncias da vida real.

O instrumento de colheita de dados foi a entrevista semiestruturada aos estudantes e aos professores do CLE. No sentido de obter mais informação para melhor compreender o

fenômeno, promovemos dois FG, um aos estudantes do CLE e outro aos enfermeiros recém-licenciados. A entrevista semiestruturada caracteriza-se por ser um meio para a colheita de informação adequada para o objeto em estudo, e o FG complementou as informações obtidas nas entrevistas individuais, permitindo uma compreensão mais alargada e holística do fenómeno.

A SCeE proporcionou um ambiente de aprendizagem com os SiAF e foi entendida como uma estratégia de ensino-aprendizagem significativa que estimulou os processos do pensamento (Jonassen, 2000; Vygotsky, 1991), assim como favoreceu o pensamento crítico, principalmente no *debriefing* e ao nível dos processos de pensamento superior, levando à integração de novos conhecimentos (Vygotsky, 1991). Nesse sentido, a SCeE constituiu um processo intencional a partir de uma experiência simulada, autodirigida, incentivando a pluralidade e heterogeneidade dos estudantes, dando-lhes liberdade para uma posição crítica sobre a construção do conhecimento.

A investigação desenvolvida encontrou evidências sobre os verdadeiros potenciais da SCeE, principalmente como ambiente construtor de processos de aprendizagem, com potencial rotura com os ambientes tradicionais focalizados em debitar conteúdos. O estudante como principal protagonista e foco central no processo de aprendizagem foi consensual no universo dos entrevistados, que valorizaram a partilha das reflexões e do pensamento crítico desenvolvido durante as experiências educativas. O processo educativo da SCeE tem potencial para formar profissionais competentes, capazes de promover o seu próprio conhecimento e progresso científico.

A SCeE revelou-se uma experiência educativa que promove a aprendizagem e permite utilizar estratégias pedagógicas capazes de estimular o crescimento do conhecimento, consolidar os fundamentos teóricos e gerar novas competências (Correia, 2012). Concetualizado, assim, como uma experiência em ambiente controlado e idêntico ao contexto real, com recurso a simuladores caracterizados por vários níveis de fidelidade, para simular o cuidar holístico e estimular o raciocínio e o pensamento clínico.

Na discussão FG, entre os estudantes e entre os enfermeiros, foi unânime a concetualização da SCeE como um espaço para avaliar conhecimentos, competências e habilidades técnicas dos estudantes. Manifestaram, também, o sentimento de pressão para não falharem, apesar do erro poder ser considerado em alguns contextos uma experiência para a aprendizagem,

mas consideraram a SCeE com potencial para a reflexão e expansão progressiva dos conhecimentos adquiridos (Martins et al., 2018).

A experiência de SCeE deverá ser suportada num modelo de SC, apesar das experiências documentadas não fazerem referência a modelos. O CSC de alta-fidelidade da RAM e as práticas laboratoriais desenvolvidas nos laboratórios académicos, com níveis de fidelidade mais baixas, não aplicaram modelos de SC nas suas práticas. Os estudantes e os enfermeiros alegaram desconhecimento sobre modelos de SCeE. Os professores não utilizaram modelos de SC, mas utilizaram modelos de enfermagem de suporte aos casos clínicos nas experiências de SCeE.

A população em estudo elucidou que um modelo de SC conduzia a uma linha orientadora ao projeto de simulação e poderia reduzir o sentimento de ansiedade e de pressão sentido pelos estudantes, devido ao desconhecimento das fases operadas na SCeE. Por outro lado, melhorava significativamente o nível de preparação para a experiência simulada. O guião de orientação, distribuído pelos professores sobre o caso clínico a ser desenvolvido na SCeE, foi diretivo numa base pré-definida e não foi negociado com os estudantes.

Os estudantes defendem que o ambiente de SCeE com SiAF tem um realismo significativo, boa comunicação, recursos materiais e tecnológicos, mas salientam que desconhecer a operacionalidade e a dinâmica funcional dos simuladores *à priori*, constitui uma limitação ao envolvimento ativo do estudante no processo. Esta dificuldade não é compensada com uma mera distribuição de um guião sobre informações do caso clínico a ser desenvolvido. Defendem estratégias capitais para ultrapassarem as dificuldades iniciais, nomeadamente: maior envolvimento no projeto, mais participação no planeamento do caso clínico e a realização de um *prebriefing* e *briefing* antes da prática simulada. A fase do *briefing* foi reduzida. O *debriefing*, foi considerado uma fase fundamental à reflexão e à metacognição sobre os processos desenvolvidos.

O processo de SCeE foi acompanhado com ansiedade, nervosismo e desconhecimento sobre o ambiente físico da SC. Os casos clínicos desenvolvidos foram alvo de avaliação técnica de conhecimentos e competências no contexto de SCeE de alta-fidelidade e, segundo os estudantes, os pressupostos referidos anteriormente influenciaram negativamente o desempenho e o nível de raciocínio clínico durante a ação da prática simulada. Ou seja, o estudante utilizou a SCeE no CSC com SiAF para demonstrar as suas habilidades técnicas e competências para o exercício profissional, não se verificando esse

processo de “avaliação” no laboratório académico com o nível de fidelidade do simulador mais baixo (média e baixa fidelidade).

As representações dos estudantes nas experiências de SCeE foram influenciadas por artefactos emocionais. Afinal, tratava-se de uma nova experiência, algo desconhecida e com recurso a meios altamente tecnológicos, que alguns apelidaram de inovador. A inovação foi atribuída à novidade de utilizar simuladores de alta-fidelidade no ensino da enfermagem.

A preceito prevaleceram os ensaios desenvolvidos com estratégias didáticas e diretivas, em relação às técnicas científicas captadas pelas experiências dos estudantes. Surgiu a necessidade de mais tempo para as experiências na SCeE e conhecer com mais pormenor as potencialidades dos SiAF, para melhorar a preparação das estudantes nas experiências de SC. O treino de competências no SiAF e não em humanos foi reconhecido como inovador e seguro, mas a valorização da inovação emerge naturalmente da ontologia dos estudantes e dos professores no processo de SCeE, apesar de não haver simulador que substitua a genuína relação humana nas suas dimensões holísticas. A partilha das experiências, com vários intervenientes no processo de simulação, permitiu a discussão dos focos de enfermagem programados pelo CSC, ou seja, o estudante cumpriu a resolução dos casos apresentados e não teve a oportunidade de expor os casos clínicos oriundos das suas expectativas, experiências e vivências.

A representação das práticas com um modelo formal de SCeE não foi desenvolvido e a figura do participante simulado foi utilizada nos casos clínicos que envolveram famílias no cuidar à criança. Reconheceram que a SC com o participante simulado representou uma mais-valia para o desenvolvimento de competências relacionais e humanas.

Não foi utilizado um modelo de suporte para a SCeE, mas é consensual a realização de etapas fundamentais como o: *prebriefing* para uma melhor preparação da experiência a ser desenvolvida, o *briefing* disponível a conhecer o caso clínico e a consciencialização dos papéis a desempenhar e o *debriefing* para uma reflexão exaustiva dos ganhos obtidos na experiência.

O envolvimento ativo do estudante no processo da educação, constitui uma referência e, nessa ótica, a SCeE necessitava de envolver os estudantes em todas as etapas do processo. Na discussão emergiu mais investimento em conhecer as características dos simuladores, maior participação nos processos de construção dos casos clínicos e na elaboração dos

projetos de simulação, apesar de desconhecerem o termo projeto aplicado à SCeE. Surgiram, também, momentos de discussão sobre a cultura de uma prática simulada com maior envolvimento do estudante e menor influência do professor. Utilizar a SCeE para avaliar as competências e as habilidades técnicas dos estudantes criou maior nervosismo, mais ansiedade, mais pressão e não favoreceu a construção de um ambiente de aprendizagem.

A educação em enfermagem através do modelo e das boas práticas na SCeE confrontou os estudantes e os professores com um conjunto de pressupostos às práticas educativas e pedagógicas, constituindo um momento de reflexão para o futuro (INACSL Standards Committee, 2016b, 2016c, 2021b, 2021c; Jeffries, 2015).

O processo educativo da SCeE alvo de estudo conta com uma prática desenvolvida em mais de uma década e, durante esse tempo, tem vindo a adotar medidas progressivas, organizacionais e pedagógicas, na tentativa de adequar a construção do conhecimento às expectativas dos estudantes.

Como pontos fortes a SCeE constitui um ambiente propício para a participação ativa do estudante na construção de uma aprendizagem significativa. Salientamos a mudança de paradigma emergente traduzida numa aprendizagem centralizada no estudante, em detrimento dos processos de ensinar, na procura de responsabilizar os estudantes pela sua aprendizagem. Constituiu uma preocupação crescente dos professores e dos participantes otimizar as condições da SCeE com recursos tecnológicos evoluídos e complementados com simuladores de vários níveis de fidelidade, com especial relevância para os SiAF com melhor impacto ao nível do realismo para as práticas simuladas. Assim, a envolvimento de todos os participantes no processo da SCeE, incluindo os estudantes, promove um trabalho colaborativo e cooperativo e cria condições para uma reflexão conjunta sobre as práticas pedagógicas e a avaliação das aprendizagens apreendidas.

Em relação a focos de atenção menos positivos na SCeE, foram identificados a falta de alguns materiais na simulação e o desgaste prematuro de simuladores, provocando alguns condicionalismos no realismo da prática. A falta de planificação (preparação) estruturada sobre os casos clínicos a serem desenvolvidos e a heteroavaliação implementada para analisar as competências e as habilidades técnicas desenvolvidas nessa experiência constituíram aspetos menos positivos. Por outro lado, salientamos a escassa realização de estudos de investigação como foco de monitorização do processo de SCeE. A este respeito,

alguns professores enumeraram a realização de um estudo de investigação sobre a satisfação dos estudantes no *debriefing*, no entanto não foram realizados mais estudos neste âmbito.

As dificuldades na operacionalização da SCeE convergem com os pontos menos positivos que foram descritos. Constata-se que os professores utilizaram a SC para a heteroavaliação dos estudantes e a gestão do processo desenvolveu-se unilateralmente ao nível do planeamento e organização. O número elevado de estudantes por cada grupo de prática simulada limitou a homogeneização das práticas pedagógicas desenvolvidas. No entanto, em termos gerais, a SCeE procurou proporcionar aos estudantes experiências significativas no processo de construção do conhecimento.

As estratégias pedagógicas obtiveram boa recetividade por parte dos estudantes, apesar de haver alguns sinais, tanto dos estudantes como dos professores, de estarem preparados para a desvinculação progressiva do paradigma da instrução (Trindade & Cosme, 2010) e ampararem um papel mais ativo do estudante no processo construtivo da aprendizagem. Só com uma participação ativa e mobilizadora de conhecimentos podemos criar estudantes proativos, críticos e criativos na construção significativa de saberes, capacitando-os para os desafios incertos do século XXI.

O desenvolvimento da SCeE não se limitou a modelos e a normas de boas práticas, apesar de constituírem condições essenciais como guias orientadores, mas também revelaram que a gestão do processo educativo e das atividades pedagógicas, em parceria com os intervenientes do processo, constitui uma mais-valia, substanciando a autonomia legítima de cada membro da comunidade académica e científica.

7.1 – Focos de Reflexão para o Futuro

A investigação realizada permitiu conhecer o processo da SCeE em profundidade e, considerando um estudo de reflexão sobre as práticas educativas desenvolvidas, pretendemos utilizar esta fase do trabalho para expressar alguns focos de reflexão que nos permitirão assumir um compromisso de repensar a prática da SCeE.

Reestruturar com suporte teórico de um modelo de simulação as práticas de SCeE desenvolvidas no CSC e nos laboratórios académicos com SiBF, SiMF e SiAF;

Criar um modelo de SCeE que envolva o estudante como ativo principal em todas as fases de construção do processo educativo;

Apostar em práticas ativas e colaborativas de aprendizagem que reconheçam nos estudantes o livre exercício de uma cidadania ativa, crítica e democrática (Dewey, 2007; Freire, 2014);

Reconhecer a importância e incutir o *prebriefing* e o *briefing* na SCeE pelo forte impacto que exerce na aprendizagem, na orientação e no desenvolvimento de competências técnico científicas;

Promover espaços educativos aos professores/mediadores da aprendizagem sobre a operacionalização do *debriefing*, etapa fundamental e sensível para reforçar os pontos fortes e transformar as dificuldades em oportunidades construtivas de aprendizagem;

Programar casos clínicos na SCeE replicados das experiências práticas com a inclusão da figura do participante simulado, essencial para o treino de competências e habilidades complexas a nível comunicacional e relação de ajuda, valorizando o papel ativo do estudante na construção do cenário;

Promover visitas aos laboratórios de SCeE para uma melhor integração nas dinâmicas operacionais e permitir explorar as características e potencialidades dos simuladores;

Reconhecer as recomendações sobre as boas práticas emanadas para a SC (INACSL Standards Committee, 2016b, 2016c, 2021b, 2021c; Jeffries, 2015) em articulação com a autonomia dos intervenientes no processo contínuo da construção da aprendizagem;

Construir equipas para a SCeE com especialistas multidisciplinares com formação específica na área e incluir profissionais com experiência no CSC, e com SiAF, capazes de garantir o desenvolvimento pessoal e a qualidade do processo educativo;

Incentivar os estudantes a desenvolverem projetos de SCeE, mediados por um especialista em complementaridade com as necessidades educativas;

Fomentar a política de construção de projetos de SCeE e integrar ativamente os estudantes nesse processo;

Consolidar o envolvimento de casos clínicos experienciados pelos estudantes nas práticas, aproximando a cultura da simulação às experiências de aprendizagem em contexto real, fomentando uma articulação estreita entre a prática e a experiência de SCeE;

Rever o processo de heteroavaliação operado na experiência de aprendizagem desenvolvida pelo estudante na SCeE;

Repensar a formação de professores de enfermagem para a SCeE, com vista à criação de um perfil de competências com uma base pedagógica, reflexiva, inclusiva e democrática assente num desenvolvimento de perfilar estudantes capazes de resolverem problemas com base humanista;

Cultivar um plano de inovação pedagógica fortalecida no envolvimento do estudante em todo o processo educativo da SCeE, com vista ao sucesso educativo e à melhoria da experiência de aprendizagem;

Dinamizar uma cultura de investigação na SCeE, nas várias dimensões do processo, com estudos de dimensão científica relevante e enfoque na melhoria contínua da qualidade.

Propomos a expansão do estudo sobre o processo educativo da SCeE aos estudantes do CLE da RAM em convergência com o atual modelo de simulação clínica em Enfermagem defendida por Jeffries (2022) e análise dos contributos pedagógicos da integração do estudante em todas as fases do processo educativo. Sugerimos que seja desenvolvido pela UMa um trabalho de investigação de continuidade, na área da inovação pedagógica, que diligencie novas culturas ideológicas e fortaleça o raciocínio crítico e criativo dos estudantes na SCeE.

Na área das Ciências Sociais, os estudos qualitativos permitem aprofundar o conhecimento sobre o comportamento humano. No entanto, os estudos qualitativos são frequentemente

alvo de algumas observações, essencialmente relacionadas com o envolvimento do investigador, pelo carácter de subjetividade para generalizar os resultados do fenómeno em estudo e por correr alguns riscos de ordem ética (Stake, 2010).

No entanto, conscientes de que a investigação qualitativa se enquadra num conjunto de condicionantes (Flick, 2004), fomos cautelosos no processo de tomada de decisão e justificámos todas as opções metodológicas em todo o processo, com a preocupação de manter o foco em conhecer o processo educativo na SCeE.

Descrevemos detalhadamente o paradigma da investigação adotada e os fundamentos metodológicos, assim como as técnicas de investigação utilizadas (Bogdan & Biklen, 1994; Flick, 2004; Stake, 2010). Clarificámos o nível de implicação do investigador ao cumprir com as exigências éticas e de proteção de dados e, nesse sentido, estamos convictos de que minimizámos possíveis limitações que possam elencar o estudo de investigação de natureza qualitativa. Não obstante, temos a consciência plena que os trabalhos de investigação na área das Ciências Sociais, que estuda a unicidade do mais complexo ser da terra, o Homem, no seu espaço natural, dificilmente abdicará de uma monitorização contínua do fenómeno.

8 – Referências

- Adamson, K. (2015). Uma revisão sistemática da literatura relacionada ao NLN/Jeffries Simulation Framework. *Educ Perspect.* 36(5), 281–91.
- Aires, L. (2011) *Paradigma Qualitativo e práticas de investigação educacional*. Universidade Aberta.
- Althusser, L. (1970). *Ideologia e Aparelhos Ideológicos do Estado*. Editorial Presença.
- Amado, J. (2014). A Investigação em Educação e seus Paradigmas. In J. Amado *Manual de investigação qualitativa em educação* (pp 19-70), Imprensa da Universidade de Coimbra. <http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-0879-2>
- Amado, J. & Ferreira, S. (2014). A entrevista na investigação em educação. In J. Amado (Eds.), *Manual de Investigação Qualitativa em Educação* (pp. 207-232). Imprensa da Universidade de Coimbra. <http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-0879-2>
- Amado, J. & Freire, I. (2014). Estudo de caso na investigação em Educação. In J. Amado (Eds.), *Manual de Investigação Qualitativa em Educação* (pp. 121 – 142). Imprensa da Universidade de Coimbra. <http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-0879-2>
- Amado, J., Crusoé, N. & Vaz-Rebelo, P. (2014) Quadros Analíticos da Investigação Qualitativa em Educação. In J. Amado (Eds.), *Manual de Investigação Qualitativa em Educação* (pp. 73 – 115). Imprensa da Universidade de Coimbra. <http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-0879-2>
- American College of Surgeons (2012). *Advanced Trauma Life Support (ATLS) – Student Course Manual*. ACS Committee on Trauma.
- Apple, M. (1999). *Ideologia e Currículo*. Porto Editora.
- Apple, M. (2001). *Educação e poder*. Porto Editora.
- Araújo, I. & Carvalho, A.A. (2018). GAMIFICAÇÃO NO ENSINO: casos bem-sucedidos. *Revista Observatório*, 4(4), 246-283. <https://doi.org/10.20873/uft.2447-4266.2018v4n4p246>

- Assembleia da República Portuguesa (2005). Constituição da República Portuguesa VII Revisão Constitucional.
<https://www.parlamento.pt/Legislacao/Documents/constpt2005.pdf>
- Assembleia Geral das Nações Unidas (Ed.) (1948). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. bit.ly/41GuCxa
- Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde & Direção Geral da Saúde (Eds.) (2022). *Vacinas administradas noutros países*. Circular Informativa Conjunta. https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/02/Circular_Informativa_Conjunta_001CD100.20.200_DG_S_INFARMED_07022022_pdf-472kb.pdf
- Baptista, R.C.N., Martins, J.C.A., Pereira, M.F.C.R., & Mazzo, A. (2014a). Simulação de Alta-Fidelidade no Curso de Enfermagem: ganhos percebidos pelos estudantes. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(1), pp 135-144.
https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2434&id_revista=24&id_edicao=60
- Baptista, R.C.M.; Martins, J.C; Pereira, M.F.C.R.A. & Mazzo, A. (2014b). Satisfação dos estudantes com as experiências clínicas simuladas: validação de escala de avaliação. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 22(5), 709-715.
<https://doi.org/10.1590/0104-1169.3295.2471>.
- Baptista, R.C.N., Pereira, M.F.C.R. & Martins, J.C.A. (2014c). Simulação no Ensino de Graduação em Enfermagem: Evidências Científicas. In J.C. Martins, A. Mazzo, I.A.C. Mendes, & M. A. Rodrigues (Eds.), *A Simulação no Ensino de Enfermagem* (pp. 65-81). Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Baptista, I., Caetano, A.P., Amado, J., Azevedo, M.C., & Pais, S.C. (2021). *Instrumento de Regulação Ético-Deontológica: Carta Ética*. Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação. <https://www.spce.org.pt/assets/files/CARTA-TICA2.EDICAOFINAL-2020-COMPACTADO.pdf>
- Barata, Ó. S. (2007). *Introdução às Ciências Sociais*. Bertrand Editora.
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Edições 70

- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Edições 70
- Basler, J., Lancaster, R.J., Schmitt, C.A., Hong, P.Y., Malcore, M., Docter, A., & Wallace-Leece, J. (2020). Mindfulness and patient safety simulation in third-year baccalaureate students. *Clinical Simulation in Nursing*, 42(C), 8-11. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2020.01.002>
- Bates, A.W. (2019). *Teaching in a Digital Age – Second Edition*. Vancouver, B. C.: Tony Bates Associates Ltd. <https://www.dawsoncollege.qc.ca/faculty-hub/wp-content/uploads/sites/182/Teaching-in-a-Digital-Age-Second-Edition.pdf>
- Bell, J. (2008). *Projeto de Pesquisa: guia para pesquisadores iniciantes em educação. Saúde e ciências sociais*. Artmed.
- Benner, P. (2001) *De iniciado a Perito*. Quarteto.
- Bittencourt, M.N., Marques, M.I.D. & Barroso, T.M.M.D.A. (2018). Contributions of nursing theories in the practice of the mental health promotion. *Revista de Enfermagem Referência* 4(18), 125-132. <https://doi.org/10.12707/RIV18015>
- Bloor, M., Frankland, J., Thomas, M. & Robson, K. (2001). *Focus Group in Social Research*. SAGE Publications.
- Bogdan, R.C., & Biklen, S.K. (1994) *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto Editora
- Bortolato-Major, C., Mantovani, M.F., Felix, J.V.C., Boostel, R., Silva, A.T.M. & Caravaca-Morera, J.A. (2019). Avaliação do debriefing na simulação clínica em enfermagem: um estudo transversal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(3), 825-31. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0103>.
- Brazão, M.L., Nóbrega, S., Correia, J.P., Silva, A.S., Santos, D. & Monteiro, M.H. (2015). Simulação Clínica: Uma Forma de Inovar em Saúde. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 22(3), 176-155. <https://doi.org/10.24950/rspmi.944>
- Brito, G.S. & Purificação, I. (2008). *Educação e novas tecnologias*. Ibpx
- Brunet, L. (1992). Clima de trabalho e eficácia de escola. In A. Nóvoa (Ed.), *As organizações escolares em análise*. Publicações Dom Quixote.
- Bryman, A. & Bell, E. (2019). *Social Research Methods*. Oxford University Press.

- Burke, B. (2015). *Gamificar: Como a Gamificação motiva as pessoas a fazerem coisas extraordinárias*. DVS Editora.
- Cabete, D., Alves, P., Baixinho, C., Rafael, H., Viegas, L. & Oliveira, C. S. de. (2016). A Primeira Experiência Clínica do Estudante de Enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 20(2), pp. 1-23.
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23728/1/Doc1_3_25.pdf
- Carretero, M. (2002) *Construtivismo e Educação*. Artmed
- Carvalho, Á. Matos, C., Minderico, C., Almeida, C.T., Abrantes, E., Mota, E.A., Nunes, E., Von Amann, G.P., Lopes, I., Bettencourt, J., Ribeiro, J.P., Ladeiras, L., Durval, M., Martins, M., Narigão, M., Frango, M., Leal, P., Graça, P., Melo, R., & Lima, R.M. (2017). *Referencial de Educação para a Saúde*. Ministério da Educação – Direção-Geral da Educação.
http://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/referencial_educacao_saude_original_4julho2017_horizontal.pdf
- Casate, J.C. & Corrêa, A.K. (2006). Vivências de alunos de enfermagem em estágio hospitalar: subsídios para refletir sobre a humanização em saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40(3), 321-328.
<http://www.scielo.br/j/receusp/a/LZ8DbpQ84khc4NG9qmykL5b/?format=pdf>
- Chin, C. (2016). Simulators, equipment, and props. In R.H. Riley (Ed.), *Manual of Simulation in healthcare* (pp. 51-65). Oxford University Press.
- Chou, Y. (2014) *Actionable Gamification: beyond points, badges, and leaderboards*.
https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=9ZfBDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP5&dq=CHOU,+Y+actionable+gamification:+beyond+points,+badges,+and+leaderboards.+octalysis+Media,+2015&ots=xvf_JXZIAO&sig=uHLzZb9lXpbESWQ_eKjqK-JaSao&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Cole, M. (2002). Desenvolvimento cognitivo e escolarização formal: a evidência da pesquisa transcultural. In L.C. Moll (Ed.), *Vygotsky e a educação* (pp. 85-105). Artmed

- Council of Europe (Ed.) (2012). *Carta do Conselho da Europa sobre a Educação para a Cidadania Democrática e Direitos Humanos*. https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/ECidadania/educacao_Direitos_Humanos/documentos/carta_ce_ecd_dh_pt_pocket.pdf.
- Comissão Europeia (Ed.) (2009). *Quadro Europeu de Qualificações para a aprendizagem ao longo da vida (QEQ)*. https://wwwcdn.dges.gov.pt/sites/default/files/brochura_qeq.pdf
- Comissão Europeia (Ed.) (2020). *Comunicação conjunta do parlamento Europeu do Conselho Europeu, do Conselho do Comité Económico e Social e do Comité Económico das Regiões - Combater a desinformação sobre a COVID-19: repor a verdade dos factos*. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52020JC0008>
- Comissão Europeia (Ed.) (2021). *Combater a desinformação relacionada com o coronavírus*. https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/fighting-disinformation/tackling-coronavirus-disinformation_pt
- Comissão Europeia (Ed.) (2022). *Safe COVID-19 vaccines for Europeans*. https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/safe-covid-19-vaccines-europeans_pt#garantir-vacinas-seguras-e-eficazes
- Conselho da União Europeia (Ed.) (2021). *Resolução do Conselho sobre um quadro estratégico para a cooperação europeia no domínio da educação e da formação rumo ao Espaço Europeu da Educação e mais além (2021-2030)*. [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32021G0226\(01\)](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32021G0226(01))
- Correia, F.L.S. (2011). *Internet - Sala de estudo virtual*. [Tese de doutoramento, Universidade da Madeira]. <http://hdl.handle.net/10400.13/730>.
- Correia, M.C.B. (2012). *Processo de Construção de Competências nos Enfermeiros em UCI*. [Tese de doutoramento, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa – Universidade de Lisboa]. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/7992/1/ulsd064901_td_Maria_Correia.pdf

- Costa, R.R. de O., Medeiros, S.M., Martins, J.C.A., Menezes, R.M.P. & Araújo, M.S. (2015). O uso da simulação no contexto da educação e formação em saúde e enfermagem: Uma reflexão acadêmica. *Revista espaço para a saúde*, 16(1) 59-65. https://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/418/pdf_63
- Costa, R.R.O., Almeida, R.G.S., & Mazzo, A. (2021). Utilização da Simulação Clínica no Ensino de Enfermagem no Brasil: Condições Diante da Pandemia de COVID-19. *Cogitare Enfermagem*, 26, <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.81207>
- Coutinho, V., Lobão, C., & Gonçalves, R. (2014). O Debriefing. In J.C. Martins, A. Mazzo, I.A.C. Mendes, & M. A. Rodrigues (Eds.), *A Simulação no Ensino de Enfermagem* (pp. 159-167). Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Coutinho, V.R.D., Martins, J.C.A., & Pereira, F. (2016) Structured debriefing in nursing simulation: students' perceptions. *Journal of Nursing Education and Practice*, 6(9), 127-134 <https://doi.org/10.5430/jnep.v6n9p127>
- Cowperthwait, A. (2020). NLN/Jeffries Simulation Framework for Simulated Participant Methodology. *Clinical Simulation in Nursing*, 42, 12-21. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2019.12.009>
- Dale, R. (2004). Globalização e educação: demonstrando a existência de uma “cultura educacional mundial comum” ou localizando uma agenda globalmente estruturada para a educação? *Educação e Sociedade*, 25(87), 423-460. <https://bit.ly/3LEepxc>
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2000). The “What” and “Why” of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268.
- Decreto-Lei n.º 139/2012 do Ministério da Educação e Ciência. (2012). Diário da República: 1.ª série, nº 129. <https://files.dre.pt/1s/2012/07/12900/0347603491.pdf>
- Decreto-Lei n.º 173/80 do Ministério da Educação e Ciência. (1980). Diário da República – I Série, n.º 124. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/1980/05/12400/12551257.pdf>
- Decreto-Lei n.º 353/99 do Ministério da Educação. (1999). Diário da República – I Série-A. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/1999/09/206a00/61986201.pdf>

- Decreto-Lei n.º 353/99 do Ministério da Educação. (1999). Diário da República: I Série – A, n.º 206. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/1999/09/206a00/61986201.pdf>
- Decreto-lei n.º 36:219 do Ministério do Interior. (1947). Diário do Governo: I Série, nº 81. <https://files.dre.pt/1s/1947/04/08100/02770280.pdf>
- Decreto-Lei n.º 42/2005 do Ministério da Ciência, Inovação e Ensino Superior. (2005). Diário da República – I Série-A, n.º 37. <https://www.ucp.pt/sites/default/files/2018-07/Decreto-Lei%20n%C2%BA%2042%3A2005%2C%20de%2022%20de%20fevereiro.pdf>
- Decreto-Lei n.º 54/2018 da Presidência de Conselho de Ministros. (2018). Diário da República: I Série, n.º 129. https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/EEspecial/dl_54_2018.pdf
- Decreto-Lei n.º 75/2008 do Ministério da Educação. (2008) Diário da República: 1.ª série n.º 79/22. <https://dre.tretas.org/pdfs/2008/04/22/dre-233009.pdf>
- Despacho n.º 1400-A/2015 do Ministério da Saúde. (2015). Diário da República: 2.º série, n.º 28. <https://files.dre.pt/2s/2015/02/028000001/0000200010.pdf>.
- Delors, J. (1997). *Educação: um tesouro a descobrir*. Edições ASA
- Dicionário Online de Português (Ed.) (2024). *Significado da Pedagogia*. <https://www.dicio.com.br/pedagogia/>
- Direção Geral da Saúde (Ed.) (2010). *Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado, Circular Normativa, nº7 / DQS / DQCO*. [circular-normativa-n-07dqsdqco-de-31032010-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0192020-de-26102020-pdf.aspx) (dgs.pt)
- Direção Geral da Saúde (Ed.) (2020). *COVID-19: Estratégia Nacional de Testes para SARS-CoV-2*. DGS. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0192020-de-26102020-pdf.aspx>
- Duarte, H. (2016). *Perceção de Aprendizagem, Satisfação e Autoeficácia dos Estudantes de Enfermagem sobre a Simulação de Alta-Fidelidade* [Dissertação de Mestrado, Politécnico de Leiria]. <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/1708>

- Duman, B., & Çelik, Ö. (2012). Cognitive scenario writing and concept-using skills according to cognitive styles. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi (H. U. Journal of Education)*, 42(42), 163-174. https://www.researchgate.net/publication/298471507_Cognitive_scenario_writing_and_concept-using_skills_according_to_cognitive_styles
- Espósito, V.H.C. (2021). Pesquisa qualitativa de natureza fenomenológica e hermenêutica em educação: trajetórias. *Motricidades: Revista SPQMH*, 5(2), pp 225-234
- European Medicines Agency (Ed.) (2023). *EMA initiatives for acceleration of development support and evaluation procedures for COVID-19 treatments and vaccines*. https://www.ema.europa.eu/en/documents/other/ema-initiatives-acceleration-development-support-evaluation-procedures-covid-19-treatments-vaccines_en.pdf
- Evangelista, C.B., Lopes, M.E.L., Nóbrega, M.M.L., Vasconcelos, M.F. & Viana, A.C.G. (2020). Análise da teoria de Jean Watson de acordo com o modelo de Chinn e Kramer. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(4), 1-6. <https://doi.org/10.12707/RV20045>
- Falkenberg, M.B., Mendes, T.P.L., Moraes, E.P. & Souza, E.M. (2014) Educação em Saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19 (3) pp 847-852. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013%20%20>
- Fawaz, M., & Hamdan-Mansour, A. (2016). Impact of high-fidelity simulation on the development of clinical judgment and motivation among Lebanese nursing students. *Nurse Education Today*, 46, 36–42. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.08.026>
- Ferrari, R.F.R., Rodrigues, D.M.M.R., Baldissera, V.D.A., Pelloso, S.M., & Carreira, L. (2014). Aplicabilidade da teoria de Virginia Henderson para fundamentação na Enfermagem: fragilidades e potencialidades. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, 18(1), pp 51-57. https://www.researchgate.net/profile/Ligia-Carreira-2/publication/281745823_Aplicabilidade_da_teor%C3%ADa_de_Virginia_Henderson_para_fundamentacao_na_enfermagem_fragilidades_e_potencialidades/links/55f6d8db08aec948c462f891/Aplicabilidade-da-teoria-de-Virginia-Henderson-para-fundamentacao-na-enfermagem-fragilidades-e-potencialidades.pdf

- Ferreira, S.P.A. & Lautert, S.L. (2003) A Tomada de Consciência Analisada a partir do Conceito de Divisão: Um Estudo de Caso. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(3), pp 547-554.
<https://www.scielo.br/j/prc/a/YCNqyHCvVT4QhhQ9GgfGhsm/?lang=pt&format=pdf>
- Ferreira, A.S.C.G., Bianchini, L.B.G., & Mazzefera, B.L. (2024) Sequências Didáticas no Ensino de Emergência Pediátricas Por Meio da Simulação Realística na Graduação Médica, *Ensino, Educação e Ciências Humanas*, 25(3), pp 540-551.
<https://doi.org/10.17921/2447-8733.2024v25n3p540-551>
- Fino, C.N. (2001) Vygotsky e a Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP): Três implicações pedagógicas. *Revista Portuguesa de Educação*, 14(2), pp 273-291.
<https://digituma.uma.pt/bitstreams/b8aea8b1-52f9-47cb-8b11-db19da42fdc3/download>
- Fino, C.N. (2016). Inovação Pedagógica e Ortodoxia Curricular. *Revista Tempos e Espaços em Educação*, 9(18), 13-22. <https://doi.org/10.20952/revtee.v9i18.4959>
- Fino, C.N. (2017a). Dewey, Papert, Construcionismo e Currículo In C.N. Fino & J. Sousa (Eds.) *(Contra)Tempos de Educação e Democracia, Evocando John Dewey* (pp. 21-30). CIE-UMa.
<https://digituma.uma.pt/bitstream/10400.13/1959/1/%28Contra%29%20tempos%20de%20educa%C3%A7%C3%A3o%20e%20democracia%2C%20evocando%20John%20DeweyUMa.pdf>
- Fino, C.N. (2017b). Matética, pedagogia e o papel que ainda não têm nos estudos curriculares. *Revista Tempos e Espaços em Educação*. 10(23), p. 27-36.
https://seer.ufs.br/index.php/revtee/article/view/7442/pdf_1
- Fino, C.N. (2020). A Didática, a Matética e o Construcionismo. In F.L.S. Correia, F.M.N. Moreira, & N.O. Lima (Eds.). *Tecendo Inovação e Construindo Aprendizagem* (pp. 200-226). Livro Rápido Editora.
- Fino, C.N. (2022). *Educação: autonomia, subsidiariedade e periferia* [Resumo]. XVII Colóquio CIE-UMa Educação e Desenvolvimento Comunitário, Universidade da Madeira, Funchal, Portugal. <https://xviicoloiociocuma.wordpress.com/livro-de-resumos/>

- Flick, U. (2004). *Uma introdução à Pesquisa Qualitativa*. Bookman.
- Formosinho, J., & Machado, J. (2013). A regulação da educação em Portugal – do Estado Novo à democracia. *Educação temas e problemas*, 12(13), 27-40. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/16515/4/12-28-1-SM.pdf>
- Fonseca, A. (2021). *Estudos sobre inovação pedagógica: uma metassíntese interpretativa*. [Tese de doutoramento, Universidade da Madeira]. <http://hdl.handle.net/10400.13/3787>.
- Fortin, M.F., Vissandjée, B., & Côté (1999). Escolher um problema de investigação. In M. F. Fortin (Ed.), *O processo de Investigação da Concepção à realização* (pp. 48-60). Lusociência.
- Freire, P. (2001). *Política e educação*. Cortez Editora.
- Freire, P. (2011). *Pedagogia da Autonomia – Saberes Necessários à Prática Educativa*. Paz e Terra
- Freire, P. (2013). *Pedagogia do oprimido*. Paz e Terra.
- Freitas, O., Silva, I., Freitas, G. & Morna, C. (2016). Da simulação à aprendizagem global. In F. Remião, J.F. Oliveira, L. Castro, M.A. Ferreira, P.R. Pinto, & R. Cadima (Eds.) *CNaPPES 2016 congresso Nacional de Práticas Pedagógicas no Ensino Superior* (pp. 183-188. <https://cnappes.org/cnappes-2016/files/2014/03/Livro-de-Atas-do-CNaPPES-2016-3.pdf>
- Freitas, G., & Ribeiro, N.M. (2022). *Simulação Clínica em Enfermagem: Inovar para Melhores Cuidados à Comunidade* [Conferência]. XVII Colóquio do CIE-UMa, Centro de Investigação em Educação da Universidade da Madeira, Funchal, Portugal.
- Freitas, G.M.V., Ribeiro, N.M., Góis, L.M.G.R., & Correia, F.L.S. (2022). Simulação Clínica em Enfermagem: Inovar para melhores cuidados à comunidade. In S.I.D.V. Navarro & G.A. Juarez (Eds.), *Ciências Humanas: Estudos Para Uma Visão Holística Da Sociedade* (p. 142-153). Artemis. https://doi.org/10.37572/EdArt_15122270514

- Fritoli, S.T.L., Silva-Sobrinho, R.A., Moreira, N.M. Silva, R.M.M., & Zilly, A. (2023) Educação Especial Inclusiva em Tempos de Covid-19: Desafios para a Docência, *Ensino, Educação e Ciências Humanas*, 24(4), 538-545. <https://doi.org/10.17921/2447-8733.2023v24n4p538-545>
- Gallimore, R. & Tharp, R. (2002). Desenvolvimento cognitivo e escolarização formal: a evidência da pesquisa transcultural. In L.C. Moll, *Vygotsky e a educação* (pp. 172-199). Artmed
- Giroux, H. (1983). *Teoria Crítica e Resistências em Educação Para além das teorias de reprodução*. Editora Vozes, Lda.
- Giroux, H. (1986). *Teoria Crítica e Resistência em Educação para além das teorias de reprodução*. Vozes.
- Gomes, H. (2020, maio, 14). *Movimento anti vacina covid-19 pode comprometer esforços para acabar com a pandemia, alerta estudo*. <https://expresso.pt/coronavirus/2020-05-14-Movimento-antivacina-covid-19-pode-comprometer-esforcos-para-acabar-com-pandemia-alerta-estudo>
- Goodman, Y.M., & Goodman, K.S. (2002). Desenvolvimento cognitivo e escolarização formal: a evidência da pesquisa transcultural. In L.C. Moll, *Vygotsky e a educação* (pp. 219-244). Artmed
- Gualda, D.M.R. & Hoga, L.A.K. (1992). Estudo sobre teoria transcultural de Leininger. *Rev. Esc. Enf. USP*, 26(1), 75-86. <https://www.scielo.br/j/reusp/a/sRqCdypkWN46S8PqNXYN7LG/?format=pdf>
- Haddad, V. C. N. & Santos, T. C. F. (2011). A Teoria Ambientalista de Florence Nightingale no Ensino da Escola de Enfermagem Anna Nery (1962 – 1968). *Esc. Anna Nery*, 15(4), pp 755-761. <https://www.scielo.br/j/ean/a/DPf34fZ4r6L7npSSs3V9BFS/?format=pdf&lang=pt>
- Haerling, K.A., & Rodgers, B. (2022). Systematic Review of the Literature for the NLN Jeffries Simulation Framework: Discussion, Summary, and Research Findings. In P.R. Jeffries (Ed.), *The NLN Jeffries Simulation Theory* (pp. 9-44). National League for Nursing.

- Hamilton, D. (1993). Origens dos termos educativos “classe” e “currículo”. *Revista Iberoamericana de Educación*, (9) 1-9.
- Hargreaves, A. (1998). *Os professores em tempos de mudança. O trabalho e a cultura dos professores na idade pós-moderna*. Editora McGraw-Hill de Portugal, Lda.
- Hennink, M. M. (2014). *Focus Group Discussions*. Oxford University Press.
- Iglesias, A. G. & Pazin-Filho, A. (2015). Emprego de simuladores no ensino e na avaliação. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 48(3), 233-240. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v48i3p233-240>
- INACSL Standards Committee. (2016a). INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM Simulation Glossary. *Clinical Simulation in Nursing*, 12, S39–S47. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2016.09.012>
- INACSL Standards Committee (2016b). INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM Simulation design. *Clinical Simulation in Nursing*, 12, S5-S12. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2016.09.005>.
- INACSL Standards Committee (2016c). INACSL standards of Best Practice: SimulationSM Debriefing. *Clinical Simulation in Nursing*, 12 (S), S21-S25. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2016.09.008>.
- INACSL Standards Committee, Persico, L., Belle, A., DiGregorio, H., Wilson-Keates, B., & Shelton, C. (2021a). Healthcare Simulation Standards of Best PracticeTM. Facilitation. *Clinical Simulation in Nursing*, 58, 22-26. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.010>.
- INACSL Standards Committee, Rossler, K., Molloy, M.A., Pastva, A.M., Brown, M., & Xavier, N. (2021b). Healthcare Simulation Standards of Best PracticeTM. Simulation-Enhanced Interprofessional Education. *Clinical Simulation in Nursing*, 58, 49-53. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.015>
- INACSL Standards Committee, Watts, P.I., McDermott, D.S., Alinier, G., Charnetski, M., & Nawathe, P.A. (2021c). Healthcare Simulation Standards of Best PracticeTM. Simulation Design. *Clinical Simulation in Nursing*, 58, 14-21. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.009>.

- INACSL Standards Committee, McDermott, D.S., Ludlow, J., Horsley, E. & Meakim, C. (2021d). Healthcare Simulation Standards of Best Practice™. Prebriefing: Preparation and Briefing. *Clinical Simulation in Nursing*, 58, 9-13. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.008>.
- Institute of Medicine (Ed.) (1999). *To Err Is Human Building a Safer Health System*. <https://nap.nationalacademies.org/resource/9728/To-Err-is-Human-1999--report-brief.pdf>.
- International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning (INACSL) (Ed.) (2023a). *Sobre o INACSL*. <https://www.inacsl.org/about-inacsl>.
- International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning (INACSL) (Ed.) (2023b). *Healthcare Simulation Standards of Best Practice*. <https://www.inacsl.org/healthcare-simulation-standards-ql>
- Jeffries, P.R., Rodgers, B. & Adamson, K.A. (2015). NLN Jeffries Simulation Theory: Brief Narrative Description. *Nursing Education Perspectives*, 36(5), 292-293.
- Jeffries, P.R., Rodgers, B., & Adamson, K.A. (2022). NLN Jeffries Simulation Theory: Brief Narrative Description. In P.R. Jeffries (Ed.), *The NLN Jeffries Simulation Theory* (pp. 45-51). National League for Nursing.
- Jesus, H.; Gouveia, B., Melim, M., Nóbrega, J.J., Garcia, M., Ornelas, J.M., & Carvalho, C. (2020). *Plano Regional de Vacinação COVID-19*. Direção Regional de Saúde.
- Jonassen, D. (2000). *Computadores, Ferramentas cognitivas - Desenvolver o pensamento crítico nas escolas*. Porto Editora.
- Júnior, A.A.P. & Vasconcelos, L.S.M.C. (2024). *Guia para elaboração de cenários de simulação na área da saúde*. <https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/742038/2/Guia%20Elaborac%cc%a7a%cc%83o%20de%20Cena%cc%81rios%20de%20Simulac%cc%a7a%cc%83o%20na%20A%cc%81rea%20da%20Sau%cc%81de-4%20-%20lennon%20soares.pdf>
- Padilha, J.M., Machado, P.P., Ribeiro, A., Ramos, J. & Costa, P. (2019). Clinical Virtual Simulation in Nursing Education: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 21(3), 1-9. [doi:10.2196/11529](https://doi.org/10.2196/11529)

- Parlamento Europeu e Conselho da União Europeia (Eds.) (2013) *Decisão N.º 1082/2013/EU do Parlamento Europeu e do Conselho de 22 de outubro de 2013*. Jornal Oficial da União Europeia. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013D1082>
- Kaneko, R.M.U. & Lopes, M.H.B.M. (2019). Realistic health care simulation scenario: what is relevant for its design? *Rev Esc Enferm USP*, (53), 1-8. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018015703453>
- Kincheloe, J. (2006a). *Construtivismo Crítico*. Edições Pedagogo
- Kincheloe, J. (2006b). Do construtivismo ao construtivismo crítico. In J. Kincheloe (Ed.) *Construtivismo Crítico* (pp. 9-44). Mangualde: Edições Pedagogo.
- Kolb, D. (1984). *Experiential Learning Experience as The Source of Learning and Development*. Englewood Cliffs. https://www.researchgate.net/publication/235701029_Experiential_Learning_Experience_As_The_Source_Of_Learning_And_Development
- Krueger, R.A. & Casey, M.A. (2015). *Focus Groups a Practical for Applied Research*. SAGE.
- Kuhn, T. S. (1998). *The Structure of Scientific Revolutions*. Editora Perspetiva S.A
- Lei n.º 5/73 da Presidência da República. (1973). Diário do Governo: I Série número 173. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/1973/07/17300/13151321.pdf>
- Lei n.º 46/86 da Assembleia da República. (1986). Diário da República: I Série – n.º 237. <https://files.dre.pt/1s/1986/10/23700/30673081.pdf>
- Lei n.º 9394 da Câmara dos Deputados. (1996) do Presidente da República. <https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww2.camara.leg.br%2Flegin%2Ffed%2Flei%2F1996%2Flei-9394-20-dezembro-1996-362578-normaatuizada-pl.doc&wdOrigin=BROWSELINK>
- Lei n.º 49/2005 da Assembleia da República. (2005). Diário da República: I Série – A, nº 166. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2005/08/166a00/51225138.pdf>

- Lei n.º 62/2007 da Assembleia da República. (2007) Diário da República: 1.ª série n.º 174.
<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2007/09/17400/0635806389.pdf>
- Lei n.º 81/2009 da Assembleia da República Portuguesa. (2009). Diário da República: 1.ª série, nº 162 - 21. <https://data.dre.pt/eli/lei/81/2009/08/21/p/dre/pt/html>
- Lei n.º 58/2019 da Assembleia da República. (2019). Diário da República: I Série, n.º 151.
<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2019/08/15100/0000300040.pdf>
- Lei n.º 95/2019 da Assembleia da República Portuguesa. (2019). Diário da República: 1ª Série, Nº 169. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>
- Lessart-Hérbert, M., Goyet, G. & Boutin, G. (2005). *Investigação qualitativa: Fundamentos e práticas*. Instituto Piaget.
- Lipovetsky, G. & Charles, S. (2018). *Os tempos hipermodernos*. Edições 70.
- Lucci, M.A. (2006) A Proposta de Vygotsky: A Psicologia Sócio-Histórica. *Revista de Currículo Y Formación del profesorado*, 10(2), 1-11.
<https://www.ugr.es/~recfpro/rev102COL2port.pdf>
- Macedo, R.P.A., Gonçalves, R.F.L., Gonçalves, I.C.G.A., Batata, S. M. R., Coelho, B.R.F., Marques, P.C.S., Rodrigues, P.M.C., Rodrigues, N.V.M.C., Oliveira, O.M.J.F., Neves, J.C.O., Pereira, N.M.F., Cristo, J.M.F., Simões, R.M.P. & Lopes, L.F.C. (2019). *Caracterização dos SU na SRC “Conhecer para intervir”*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17101/su.pdf>
- Macedo, S.H. & Fernandes, F.A. (2015). Realidade aumentada e possibilidade de uso na educação. In G. T. B. Peixoto, S. C. F. Batista, B. F. T. Azevedo, & A. F. U. Mansur (Eds.), *Tecnologias Digitais na Educação pesquisas e práticas pedagógicas* (pp. 95-105). Essentia.
<https://editoraessentia.iff.edu.br/index.php/livros/article/view/978-85-99968-49-9/4346>
- Macedo, J.M.A., & Andrade, L.P. (2024). O Uso do Role Playing Game como uma Ferramenta de Ensino e Aprendizagem dos Conceitos de Evolução Biológica, *Ensino, Educação e Ciências Humanas*, .25(2), 187-195.
<https://doi.org/10.17921/2447-8733.2024v25n2p187-195>

- MACSIM® simulation system. (2015). *MRMI Student manual*. Sten Lennquist. <https://www.szd.si/wp-content/uploads/2018/07/szd-uzvn-mrmi-student-manual-2018.pdf>
- Martin, L.M.W. (2002). Desenvolvimento cognitivo e escolarização formal: a evidência da pesquisa transcultural. In L.C. Moll (Ed.), *Vygotsky e a educação* (pp. 172-199). Artmed
- Martins, J.C., Mazzo, A., Baptista, R.C.M., Coutinho, V., Godoy, S., Mendes, I.A.C. & Trevizan, M.A. (2012) The simulated clinical experience in nursing education: A historical Review. *Acta Paul Enferm.* 25(4), 619-625. <https://www.scielo.br/j/appe/a/Z65qrrzcbhk7BYkrzzY4txx/?format=pdf&lang=en>
- Martins, J.C., Mazzo, A., Mendes, I.A.C. & Rodrigues, M.A. (2014). *A Simulação no Ensino de Enfermagem*. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Martins, J.C.A., Baptista, R.C.N., Coutinho, V.R.D., Fernandes, M.I.D. & Fernandes A.M. (2018). *Simulation in nursing and midwifery education*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345156>
- Meleis, A.I. (2012). *Theoretical nursing Development and Progress*. Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkins.
- Ministério dos Negócios Estrangeiros (Ed.) (1978). *Declaração Universal dos Direitos do Homem de 10 de dezembro de 1948 da Presidência do Conselho de Ministros*. Diário da República I Série, n.º 57. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/1978/03/05700/04880493.pdf>
- Montán, K.L., Riddez, L., Lennquist, S., Olsberg, A.C., Lindberg, H., Gryth, D. & Örténwall, P. (2017). Assessment of hospital surge capacity using the MACSIM simulation system: a pilot study. *Eur J Trauma Emerg Surg*, (43), 525-539. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00068-016-0686-1>
- Monteiro, R., Ucha, L., Alvarez, T., Milagre, C., Neves, M.J., Silva. M., Prazeres, V., Diniz, F., Vieira, C., Gonçalves, L.M., Araújo, L.C., Santos, S.A., & Macedo, E. (2017). *Estratégia Nacional de Educação para a Cidadania*. República Portuguesa XXI Governo Constitucional.

http://dge.mec.pt/sites/default/files/Projetos_Curriculares/Aprendizagens_Essenciais/estrategia_cidadania_original.pdf.

- Moliterno, N.V., Veiga, E.Q.O., Tempski, P.Z, Cunha, A.J.L.A., Barbosa, A.P. & Barbosa, M. C. M. (2024) A percepção do estudante de medicina sobre a simulação realística em pediatria. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 48(1), 1-10. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v48.1-2022-0392>
- Moll, L.C. (Coord.) (1996). *Vygotsky e a educação - Implicações pedagógicas da psicologia sócio-histórico*. Porto Alegre: Artes Médicas
- Moll, L.C. (2002). *Vygotsky e a educação Implicações pedagógicas da psicologia sócio-histórica*. Artmed
- Moll, L.C., & Greenberg, B.J. (2002). Desenvolvimento cognitivo e escolarização formal: a evidência da pesquisa transcultural. In L. C. Moll (Ed.), *Vygotsky e a educação* (pp. 219-244). Artmed
- Morgan, D.L. (1996). Focus Group. *Annu. Rev. Sociol.* 22(22), 129-52. <https://www.researchgate.net/publication/305389505>
- Morgan, D. L. (1997) *Focus Groups as Qualitative Research*. A Sage University Paper.
- Morgan L.D. (1998). *The Focus Group Guidebook*. SAGE Publications.
- Moura, E.C.C. & Caliri, M.H.L. (2013). Simulação para desenvolvimento da competência clínica de avaliação de risco para úlcera por pressão. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(4), 369–75. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000400011>
- Nascimento, J.S.G., Costa, A. B. F., Sangiovani, J.C., Silva, T.C.S., Regino, D.S.G., & Dalri, M.C.B. (2020). Pre-simulation, pre-briefing or briefing in nursing simulation: what are the differences? *Rev. Eletr. Enferm.* 22(60171) 1-10 <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/1140213/60171-texto-do-artigo-300524-2-10-20201204.pdf>
- Nunes, J.G.P., Amendoeira, J.J.P., Cruz, D.A.L.M., Lasater, K., Morais, S.C.R.V., & Carvalho, E.C. (2020). Julgamento clínico e raciocínio diagnóstico de estudantes de enfermagem em simulação clínica. *Ver Bras Enferm*, 73(6), 1-7 <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0878>

- Nunes, J.G.P., Freitas, P., Bergamasco, E.C., & Cruz, D.A.L.M. (2022) Implementação de boas práticas em simulação clínica no ensino em enfermagem. *Acta paul Enferm.* (35), p. 1-11. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO00347>
- Oliveira, H.M., & Gonçalves, M.J.F. (2004). Educação em Saúde: uma experiência transformadora. *Ver Bras Enferm*, 57 (6), 761-763.
- Oliveira, S.N., Prado, M.L. & Kempfer, M.M. (2014). Utilização da simulação no ensino da enfermagem: revisão integrativa. *Rev Min Enferm*, 18(2), 487-495.
- Oliveira, S: N., Massaroli, A., Martini, J. G. & Rodrigues, J. (2018). Da teoria à prática, operacionalizando a simulação clínica no ensino de Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(4), 1896-1903. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0180>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem do Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2012) – *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de cuidados Gerais*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf
- Our World in Data (Ed) (2022) *Coronavirus (COVID-19) Vaccinations*. <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>
- Papert, S. (1980). *Mindstorms Children, Computers and Powerful Ideas*. Basic books, Inc., Publishers. https://worrydream.com/refs/Papert_1980_-_Mindstorms,_1st_ed.pdf
- Papert, S. (1985). *Logo: Computadores e educação*. Editora brasiliens.

- Papert, S. (1995). Por que a reforma escolar é impossível. *The Journal of the Learning Sciences*, 6(4) 417-427.
- Papert, S. (2008). *A Máquina das Crianças*. Artmed.
- Pizani, J., Barbosa-Rinaldi, L.P., Miranda, A.C.M., & Vieira, L.F.V. (2016) (Des) motivação na educação física escolar: uma análise a partir da teoria da autodeterminação. *Rev. Bras. Ciênc. Esporte*, 38(3), pp 259-266. <https://doi.org/10.1016/j.rbce.2015.11.010>
- PORDATA (Ed.) (2022a). *SNS: despesa total per capita – Continente*. <https://www.pordata.pt/Portugal/SNS+despesa+total+per+capita+++Continente-830>
- PORDATA (Ed.) (2022b). *Despesas das Administrações Públicas em Educação* <https://www.pordata.pt/Portugal/Despesas+das+Administra%c3%a7%c3%b5es+P%c3%bablicas+em+educa%c3%a7%c3%a3o-866>
- Quaglio, G. (2020). EU public health policy. *EPRS | European Parliamentary Research Service*. [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2020/652027/EPRS_BRI\(2020\)652027_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2020/652027/EPRS_BRI(2020)652027_EN.pdf)
- Queirós, P.J.P., Vidinha, T.S.S. & Filho, A.J.A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência* 4(3), 157-164. <https://doi.org/10.12707/RIV14081>
- Rabelo, A.O. (2019). Pesquisa educacional e prática educativa na formação docente: um elo entre a teoria e prática, a experiência e a inovação. *Revista Educação Pública*, 19(18), 1-6. <https://educacaopublica.cecierj.edu.br/artigos/19/18/pesquisa-educacional-e-pratica-educativa-na-formacao-docente-um-elo-entre-a-teoria-e-a-pratica-a-experiencia-e-a-inovacao>
- Regulamento n.º 190/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República: 2º Série, n.º 79. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/04/079000000/1008710090.pdf>

- Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: 2.ª Série, n.º 135.
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>
- Regulamento n.º 613/2022 da Ordem dos Enfermeiros. (2022). Diário da República: 2.ª Série, n.º 131.
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2022/07/131000000/0017900182.pdf>
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 23/2016. (2016). Diário da República: 1.ª Série, n.º 70.
https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Projetos/resolucaoconselhoministros23_2016.pdf
- Ribeiro, N.M., & Correia, F. (2022a). *Simulação Clínica, um desafio atual* [Conferência]. XVIII Colóquio do CIE-UMa “Lições da Pandemia”, Centro de Investigação da Educação da Universidade da Madeira, Funchal, Portugal.
- Ribeiro, N.M., & Correia, F. (2022b, no prelo). *Simulação Clínica, um desafio atual*. In Livro de atas do XVIII Colóquio do CIE-UMa “Lições da Pandemia”, Centro de Investigação da Educação da Universidade da Madeira.
- Ribeiro, N.M., & Correia, F. (2023a). *Processo Educativo da Simulação Clínica em Enfermagem* [Conferência]. V Congresso Nacional de Educação para a Saúde, Centro de Investigação em Educação e Psicologia da Universidade de Évora, Évora, Portugal.
- Ribeiro, N.M., & Correia, F. (2023b). *Processo Educativo da Simulação Clínica em Enfermagem*. In Livro de Resumos do V Congresso Nacional de Educação para a Saúde (Ed.) (p. 93). Centro de Investigação em Educação e Psicologia da Universidade de Évora.
- Ribeiro, N.M., & Correia, F. (2023c). *Simulação Clínica em Enfermagem – desafios para o professor* [Conferência]. XIX Colóquio do CIE-UMa Formação de Professores: Contributos da Investigação, Centro de Investigação da Educação da Universidade da Madeira, Funchal, Portugal.
- Ribeiro, N.M., & Correia, F. (2023d, no prelo). *Simulação Clínica em Enfermagem – desafios para o professor*. In Livro de atas do XIX Colóquio do CIE-UMa

“Formação de Professores: Contributos da Investigação”. Centro de Investigação da Educação da Universidade da Madeira.

- Rizzolo, M.A.; Durham, C.F., Ravert, P.K., & Jeffries, P.R. (2022). History and Evolution of the NLN Jeffries Simulation Theory. In P.R. Jeffries (Ed.), *The NLN Jeffries Simulation Theory* (pp. 1-7). National League for Nursing.
- Rodrigues, L. & Fraga, N. (2020) A Educação em (E)stado de Emergência. In F.M.N. Moreira & N.O. Lima (Eds.), *Novo Normal o Mundo Pós-Pandemia* (pp. 7-32). Innovate.
- Rodrigues, L. (2022). *Educação e intervenção comunitária* [Conferência]. XVII Colóquio CIE-UMa Educação e Desenvolvimento Comunitário, Funchal, Portugal.
- Rodrigues, L. (2023). Ethical procedure in scientific research. *Journal of Education, Society and Behavioural Science*. 36(7), 78-84.
- Rosa, L. W.C.G., Malafaia, O., Tabushi, F.I., Collaço, I.A., Nassif, P.A.N., Czeczko, N.G., Kubrusly, L.F. & Franck, C.L. (2024). Modelo de simulador de baixa fidelidade e baixo custo para treinamento em videocirurgia. In *SciELO Preprints*. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.8389>.
- Rosa, M.E.C., Pereira-Ávila, F.M.V., Góes, F.G.B., Salvo, G.M., Silva, R.C.L. & Coutinho, V.R.D. (2020). Avaliação do Debriefing na Simulação clínica no Ensino em Enfermagem. *Enfermagem em Foco*, 11(4), 152-160. <https://dx.doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n3.2854>.
- Santos, D. R. (2020). O comportamento do consumidor sob a ótica da teoria da Expectativa de Vroom. *Revista de Educação, Ciência e Tecnologia do IFRS*, 7(4), pp 85-99. <https://periodicos.ifrs.edu.br/index.php/ScientiaTec/article/view/3899/2850>
- Santos, M.S.N., Freitas, S.H.N., Saraiva, E.M.S., Abreu, C.C.T., & Chaves, E.M.C. (2024) A Influência da Simulação Clínica no Conhecimento dos Discentes de Enfermagem na Administração de Antibióticos em Pediatria, *Ensino, Educação e Ciências Humanas*, 25(3),.491-497. <https://doi.org/10.17921/2447-8733.2024v25n3p491-497>

- Sanchis, I.P. & Mahfoud, M. (2007). Interação e construção: o sujeito e o conhecimento no construtivismo de Piaget. *Ciências & Cognição*, 12, 165-177. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cc/v12/v12a16.pdf>
- Sanford, P.G. (2010). Simulation in Nursing Education: A Review of the Research. *The Qualitative Report*, 15(4), 1006-1011. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2010.1196>
- Scholz, N. (2020). The EU's new health programme: EU4Health. *EPRS | European Parliamentary Research Service*. [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/ATAG/2020/659310/EPRS_AT_A\(2020\)659310_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/ATAG/2020/659310/EPRS_AT_A(2020)659310_EN.pdf)
- Schröder, S.C. & Klering, R.L. (2009). On-line focus group: uma possibilidade para a pesquisa qualitativa em administração. *Cadernos EBAPE.BR*, 7(2), 333-348. <https://www.scielo.br/j/cebape/a/L3JycQnZG5c5zkXxSVqzbvd/?lang=pt&format=pdf>
- Schuelter, P.I., Tourinho, F. S. V., Radünz, V., Santos, V.E.P., Fermo, V.C. & Barbosa, S.S. (2021). Gestão em Simulação Clínica: uma proposta de boas práticas e otimização dos processos. *Rev Bras Enferm.* 74(6), 1-9. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0515>.
- Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM), (Ed.) (2023). *Sobre Nós a Nossa História*. <https://www.sesaram.pt/cscm/sobre-nos/a-nossa-historia>
- Signori, G.G. & Guimarães, J.C.F. (2016). Gamificação como Método de Ensino Inovador. *Int. J. Activ. Learn.*, 1 (1), 66-77. https://www.researchgate.net/profile/Julio-Guimaraes-3/publication/312075896_GAMIFICACAO_COMO_METODO_DE_ENSINO_INOVADOR/links/5996e7390f7e9b91cb176be1/GAMIFICACAO-COMO-METODO-DE-ENSINO-INOVADOR.pdf
- Silva, T.T. (1999). *Documentos de Identidade uma introdução às teorias do currículo*. autêntica.

- Silva, A.K.A. (2013) *Pensamento, Linguagem e Aprendizagem: Reflexões Sobre a Teoria Vigotskiana e a Formação Docente*. Universidade Católica do Paraná – XI Congresso Nacional de Educação.
- Silva, I.S., Veloso, A.L. & Keating, J.B. (2014). Focus group: Considerações teóricas e metodológicas. *Revista Lusófona de Educação*, 26(26), 175-190. <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/4703>.
- Silva, C. C., Natarelli, T. R. P., Domingues, A. N., Fonseca, L. M. & Melo, L. L. (2022) O prebriefing na simulação clínica em enfermagem: revisão de escopo. *Ver Gaúcha Enferm.* (43) 1-11. <http://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20220067.pt>
- Smith, L., Dockrell, J., & Tomlinson, P. (1997). *Piaget, Vygotsky and beyond Future issues for developmental psychology and education*. Routledge.
- Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação (Ed.) (2020). *Carta Ética*. Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação. <https://www.spce.org.pt/assets/files/CARTA-TICA2.EDICAOFINAL-2020-COMPACTADO.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Simulação (SPSim) (Ed.) (2023). *Registo Nacional de Centros de Simulação*. <https://spsim.online/registo-nacional-de-centros-de-simulacao/>.
- Sousa, A.B. (2009). *Investigação em Educação*. Livros Horizonte.
- Sousa, J.M. (2012). Currículo-como-vida. In M. Paraíso, R. Vilela & S. Sales (Eds.), *Desafios contemporâneos sobre currículo e escola básica*. (pp. 13-24). Editora CRV.
- Sousa, J.M. (2016). Repensar o Currículo como emancipador. *Revista Tempos e Espaços em Educação*, 9(18), 111-120. <https://doi.org/10.20952/revtee.v9i18.4969>
- Sousa, J.M. (2017). Educação e Democracia: Utopia por realizar? In C. Fino & J.M. Sousa, J. (Eds.), *(Contra)Tempos de Educação e Democracia, Evocando John Dewey* (pp. 07-20). CIE-UMa. <http://hdl.handle.net/10400.13/1959>
- Sousa, J.M. (2018). Currículo e Cidadania. In Rodrigues, L. & Fraga, N. (Eds.), *Europa, Educação, Cidadania* (pp. 87-96). CIE-UMa. <http://hdl.handle.net/10400.13/2738>

- Sousa, J.M. (2020). Admirável Mundo Pós-moderno: que futuro para a educação? *Revista Cocar*, Edição especial nº 8, 333-346.
<https://periodicos.uepa.br/index.php/cocar/article/view/3062>
- Sousa, J.M. (2022a). O Currículo da Contemporaneidade. In J.M. Sousa & L. Rodrigues (Eds.), *Teorias Críticas e Pós-críticas do Currículo Uma reflexão a duas*. (pp. 18-31). Imprensa Acadêmica.
- Sousa, J.M. (2022b). *O papel da Educação no empoderamento da Pessoa* [Conferência]. XVII Colóquio CIE-UMa Educação e Desenvolvimento Comunitário, Funchal, Portugal.
- Sousa J.M. & Rodrigues, L. (2022). *Teorias Críticas e Pós-críticas do Currículo Uma reflexão a duas*. Imprensa Acadêmica.
- Stake, R.E. (2011). *Pesquisa Qualitativa*. Artmed Editora.
- Stake, R.E (2012). *A arte da investigação com Estudos de Caso*. Calouste Gulbenkian.
- Timerman, S., Gonzalez, M.M.C., Ramires, J.A.F, Quilici, A.P., Lopes, R.D., & Lopes, A.C. (2010). Rumo ao Consenso Internacional de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência 2010 da Aliança Internacional dos Comitês de Ressuscitação. *Rev. Bras. Clin. Med.* 8(3), pp 228-37.
<https://www.sbcm.org.br/revistas/RBCM/RBCM-2010-03.pdf#page=43>
- Torio, J.O., Bigueras, R.T., Maligat Jr, D.E., Arispe, M.A. & Dela Cruz, J.S. (Eds.) (2019). *A Gamified Approach on Learning Logic Gates to Improve Student's Engagement*. <http://doi.org/doi:10.1088/1757-899X/803/1/012007>
- Tuckman, B. (2005). *Manual de Investigação em Educação*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Tudge, J. (2002). Desenvolvimento cognitivo e escolarização formal: a evidência da pesquisa transcultural. In L.C. Moll (Ed.), *Vygotsky e a educação* (pp. 151-168). Artmed
- Tyler, R.W. (1949). *Basic Principles of curriculum and instruction*. University of Chicago Press.

- UNESCO (Ed.) (2024). *Educação Transformadora (Educação para o Desenvolvimento Sustentável e Educação para a Cidadania Global)*.
<https://www.unesco.org/en/fieldoffice/beirut/transformative-education>
- Valente, M., Catarino, R. & Ribeiro, H. (2012). *Emergência Trauma manual TAS*. INEM.
<https://www.prociv.azores.gov.pt/fotos/documentos/1466440383.pdf>
- Vygotsky, L.S. (1991). *A formação social da mente*. Fontes Editora Lda.
- World Health Organization (Ed.) (2020). *Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade dos Cuidados de Saúde*.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
- World Health Organization (Ed.) (2021). *Observações de abertura do Diretor-Geral na coletiva de imprensa sobre COVID-19*, <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19-14-june-2021>
- Wyse, R.M. (2018). Motivação: Teorias Motivacionais do Comportamento Humano. *Rev. Cienc. Gerenc.* 22(36), pp. 134-141.
- Yin, R.K. (2001) *Estudo de Caso Planejamento e Métodos*. Artmed Editora.
- Yin, R.K. (2003) *Estudo de Caso Planejamento e Métodos*. Bookman
- Yin, R.K. (2015) *Estudo de Caso Planejamento e Métodos*. Bookman

APÊNDICES

Apêndice 1 | Guião para as entrevistas semiestruturadas individuais e *focus group*

Guião de entrevista a realizar no âmbito da Tese de Doutoramento em Currículo e Inovação Pedagógica.

Tema: Processo Educativo – a Simulação Clínica em Enfermagem.

Questão de investigação:

Qual é o papel do estudante na simulação clínica em Enfermagem?

Objetivo geral:

Compreender o papel do estudante na simulação clínica em Enfermagem.

Objetivos específicos:

- descrever o papel do estudante na simulação clínica em enfermagem;
- clarificar o conceito de simulação clínica em Enfermagem;
- descrever as orientações dos modelos de simulação clínica;
- identificar as representações dos estudantes no processo de simulação clínica;
- descrever o processo da simulação clínica dos estudantes de Enfermagem;
- analisar a relação entre os modelos de simulação, as representações e as práticas de simulação clínica em Enfermagem.
- avaliar se a simulação clínica em Enfermagem promove o empoderamento do estudante.

Guião da entrevista semiestruturada

Estudantes do curso de Licenciatura em Enfermagem (2º, 3º e 4º anos letivos);

Docentes do curso de Licenciatura em Enfermagem.

Momento	Objetivos	Tópicos / Formulário de perguntas	Observações
A Apresentação do contexto da entrevista / Questões éticas	Apresentar os objetivos do estudo e o contributo da entrevista para os resultados do estudo;	- Explicação breve do estudo e dos objetivos da entrevista;	- A entrevista será semiestruturada e baseada no ambiente de simulação clínica em enfermagem - Esclarecer todas as dúvidas que o entrevistador possa ter sobre o estudo, e disponibilizar-se para a realização das entrevistas.
	Garantir a confidencialidade e o anonimato dos dados colhidos na entrevista;	Explicação que a entrevista será gravada para tratamento de dados e posteriormente a gravação será arquivada em formato encriptado.	Apresentar (lido/escrito) ao entrevistado o consentimento informado, esclarecido e livre para participação em estudos de investigação;
	Obter autorização para participar no estudo e permitir a gravação da	Pedido de autorização para participar no estudo e gravar a	Solicitar a assinatura da declaração de consentimento do participante;

	entrevista;	entrevista; Explicação sobre a importância dos contributos da experiência do entrevistado para a obtenção dos objetivos do estudo sobre a simulação clínica em enfermagem.	Explicar ao entrevistado que a sua experiência na simulação clínica irá contribuir para a análise do fenómeno em estudo e contribuirá para a construção do conhecimento.
B Dados sociodemográficos e profissionais do entrevistado	Caracterizar o entrevistado.	género; idade; habilitações académicas; tempo de serviço; experiência em simulação clínica; formação em educação.	Permitir uma melhor caracterização dos nossos entrevistados e atender a influencia desta variáveis na análise do objeto em estudo.
C Opinião do entrevistado sobre a simulação clínica em enfermagem.	- Descrever o conceito de simulação clínica em enfermagem. - Ambiente de simulação clínica e o uso de simuladores.	1. Como descreve a simulação clínica em enfermagem? - Que tipos de ambiente conhece para a simulação clínica e como os descreve? - Que conceito tem	- Identificar as linhas orientadoras de definem a simulação clínica. - Clarificar que tipos de ambientes para a simulação clínica e como os caracteriza. - Identificar o conceito

		sobre o uso de simuladores e como os descreve?	que tem sobre os simuladores e o tipo de simuladores utilizados na simulação clínica.
	- Simulação clínica como ambiente inovador, promotor de aprendizagem e da transformação do conhecimento.	Considera a simulação clínica como um ambiente de aprendizagem inovador? Justifique a sua resposta.	- Indica o conceito de inovação, e em que medida assumem a simulação como dimensão da educação no processo de aprendizagem.
	- Parceria da Escola de saúde com a comunidade profissional de simulação (laboratório de simulação clínica da Madeira).	Como caracteriza a simulação clínica desenvolvida no meio académico e no laboratório de simulação clínica da Madeira?	- Indica se o entrevistado identifica a importância da parceria entre as instituições, nomeadamente através do desenvolvimento de projetos comunitários e se indica os contributos para a aprendizagem dos diferentes meios para a simulação clínica.
	- Descrever as práticas educativas na SC;	Quais as práticas de educação na SC que destacaria?	- Refere-se ao que o entrevistado entende por práticas educativas para a SC;

	- Identificar as representações dos estudantes nas práticas educativas na SC;	Os estudantes de enfermagem sentem-se preparados para desenvolverem a sua experiência de aprendizagem na SC. 12.1. Se sim, o que sustenta a sua resposta?	- Indica se o entrevistado reconhece que o estudante está preparado para desenvolver a sua aprendizagem no ambiente de SC. Indica o status de preparação para desenvolver competências no ambiente de aprendizagem por SC.
	- Analisar a relação entre o modelo de SC, as representações e as práticas dos estudantes na SCeE;	Que modelo é utilizado para desenvolver a prática de SC? Atendendo ao perfil de futuros profissionais de saúde, nomeadamente no desenvolvimento de competências capazes de resolverem problemas, está convicto de que o modelo de SC	Indica a orientação que a SC se desenvolve em consonância com a referência a um modelo, e simultaneamente indica que representações descrevem os estudantes na prática simulada.

		operacionalizado promove nos estudantes uma adequada aprendizagem?	
	- Avaliar se o modelo de SC e as práticas de SCeE promovem uma participação ativa do estudante no processo de aprendizagem.	Atendendo à tão ambicionada mudança de paradigma de centrar o estudante no centro do processo da aprendizagem, que papel tem o estudante no processo da SCeE?	Indicar se o estudante participa ativamente em todas as fases da SCeE.
	- Descrever o processo de SCeE.	Que modelo utiliza no desenvolvimento da SCeE?	Identificar o modelo de simulação utilizado.
		Qual foi o contexto em que desenvolveu a sua prática simulada?	Indica o contexto em que se desenvolveu a simulação.
		No desenvolvimento da prática simulada houve a realização de um Prebriefing do caso clínico? Em caso afirmativo	Indica a realização de um prebriefing para melhor envolvimento do processo de simulação e relata os seus contributos para a

		identifique os contributos do prebriefing para potenciar o desenvolvimento da aprendizagem na SCeE? Descreva a fase do briefing e os seus contributos para a prática simulada? O projeto de SC consiste na preparação da experiência da simulação, que poderá ser alterado ou não de acordo com a evolução do mesmo. Assim, em contexto de simulação clínica, descreva o conceito e as características dos intervenientes? No desenvolvimento do caso clínico teve a participação de um participante	aprendizagem. Indicar o conceito de briefing e a importância desse momento para o desenvolvimento da aprendizagem. Indicar o conceito de projeto de simulação e referir as características de todos os intervenientes na ação. Indicar a presença da figura de participante simulado e descrever essa experiência.

		simulado? Em caso afirmativo descreva essa experiência de aprendizagem. Descreva como foi a sua a experiência de SCeE ao nível da colaboração dos intervenientes, da interação estabelecida, na relação de confiança desenvolvida e no ambiente de autenticidade promovido pelos intervenientes da simulação. Defina a fase de simulação de debriefing, e enumere os contributos para o desenvolvimento da aprendizagem. Que resultados e ganhos obteve com a experiência de SCeE?	Indicar as características do ambiente proporcionado no ambiente de SCeE. Indica a descrição da fase de debriefing e a sua importância para o desenvolvimento da aprendizagem. Indicar o sentimento do estudante na sua experiência de simulação clínica.

	Inovação e investigação na SCeE.	Como classifica os casos clínicos apresentados? houve espaço para debater uma cultura de prática simulada para o ensino em enfermagem? Em caso afirmativo identifique as ideias principais. Que projetos, estudos e parcerias foram desenvolvidas no processo de SCeE? Em caso dos dados existentes enumere quais e as mais-valias no processo de aprendizagem.	Indica uma opinião sobre os casos clínicos que foram apresentados. Indica a necessidade de estabelecer parcerias e estudos de investigação para contribuir para a melhoria contínua dos processos educativos da SCeE.
Bloco D Questões finais	- Verificar se o entrevistado ficou com alguma dúvida sobre a entrevista.	- Questionar o entrevistado se pretende colocar questões ou necessita de algum esclarecimento adicional.	- Demonstrar disponibilidade total para esclarecer qualquer dúvida que possa persistir.
Bloco E	- Agradecer o	- Agradecimento.	

Agradecimentos	contributo para o estudo de investigação - Garantir a confidencialidade, a segurança e o anonimato dos dados.	- Relembrar ao entrevistado a confidencialidade e anonimato dos dados colhidos, bem como a destruição dos mesmos dois anos após a defesa da tese.	

Doutorando: Norberto Maciel Ribeiro

Orientador: Professor Doutor Fernando Correia

Apêndice 2 | Transcrição das entrevistas individuais dos estudantes

Transcrição das entrevistas individuais dos estudantes

Transcrição da entrevista individual EUE 1 (duração 14 minutos)

Subcategorias	EUE 1
A1 - Género	Feminino
A2 - Idade	22
A3 - Contexto profissional	Estudante
A4 - Residência	Funchal
A5 – Percurso académico	12º ano

Investigador principal: Ok, então muito bom dia. É estudante de quarto ano. Agradecer a sua disponibilidade para participar nesta investigação. Será, no fundo, informada que toda esta informação, tudo que está a ser dito aqui, está a ser gravado e será alvo de forma (pausa) arquivada de forma encriptada, de forma a manter o sigilo. Tudo aquilo que é dito fica cá, em termos de gravados, e esta entrevista será alvo de tratamento, de análise de conteúdo e haverá sempre uma questão de sigilo, nunca ninguém saberá o conteúdo e até mesmo a pessoa que transmitiu esse conteúdo. Numa primeira fase da entrevista, pedi alguns dados demográficos, como entrevistada, nomeadamente o género, a idade, as habilitações académicas e a experiência que tem com a simulação clínica.

EUE 1: Então, bom dia, tenho 22 anos, estou no quarto ano de enfermagem e penso que já passei umas quatro vezes na simulação clínica.

Investigador principal: Pronto, nesse caso, falo aqui com uma estudante de 4º ano, e passaria logo para a próxima questão, que penso que era essa que já estava a tentar introduzir, que é: Como é que descreve, na sua opinião, a simulação clínica?

EUE 1: Acho que é um momento que nos faz, um pedacinho, muita pressão, por ser um momento de avaliação que nós vamos lá (pausa) acho que falta um pedacinho nós irmos lá para treinar antes da avaliação. Nós chegamos lá e já sabemos que é para os professores nos avaliarem a prática e ficamos um pedacinho nervosos e talvez acaba por dificultar o processo todo em si, eu acho que se fosse para treinar só, como fazemos na universidade com as práticas clínicas, acho que os resultados seriam melhores até.

Investigador principal: Conhecendo a simulação clínica, existem vários ambientes, como é que descreve o ambiente que teve a experiência de simulação clínica? Como é que descreve o espaço físico?

EUE 1: Acho que é um espaço, nem é muito grande, nem muito pequeno em si, é normal, acho que sim. Também os dispositivos, acho que são todos adequados.

Investigador principal: Considerando os dispositivos, teve experiência como simuladores, manequins. Como é que descreve esses simuladores, para a sua experiência de aprendizagem?

EUE 1: É assim, embora, pronto, tenham semelhanças com a realidade, acho que, mesmo assim, não é totalmente (pausa) podia estar um pedacinho melhor, acho que sim.

Investigador principal: Considera a simulação clínica um ambiente de aprendizagem inovador? Justifique.

EUE 1: Sim, é inovador pelo facto de nós estarmos mais próximas da realidade, é verdade. Agora, claro que tem as suas dificuldades na mesma e as suas (pausa).

Investigador principal: Que diferença é que faz entre a simulação que é feita nos meios académicos e esta simulação, no centro de simulação clínica? Existem diferenças?

EUE 1: Sim. Na simulação clínica nós já sabemos que é um momento de avaliação, vamos estar com mais pressão e não tem ali ninguém para nos ajudar, sem ser os nossos colegas e nós próprios. Nas práticas clínicas da universidade, pronto, temos os professores, sempre estão ali a nos acompanhar, é diferente. Eu vejo nesse aspecto, que seja diferente.

Investigador principal: Sabe certamente que, quando se faz uma simulação clínica, podemos ter várias experiências educativas, isto é, de que forma que o aluno é chamado a ter um papel ativo nessas experiências de simulação, que experiências é que destacaria que teve na simulação clínica, em termos de educativas? Por exemplo, que papel teve o estudante nessa simulação clínica?

EUE 1: Acho que não estou a perceber a pergunta.

Investigador principal: Pronto, quando se fala nas experiências educativas, por exemplo, e se o estudante teve um papel de, no fundo, assumir aquilo que foi dito pelo professor ou então teve um papel de sugerir que algo fosse praticado para também desenvolver essa experiência?

EUE 1: Ou seja, se vai de encontro ao que o professor (pausa).

Investigador principal: Perspetiva.

EUE 1: Assim, na minha última prática simulada, foi de encontro, mas também tem aquelas partes que não (risos).

Investigador principal: Nesse caso, então, partimos para uma pergunta mais objetiva, que é: Sabendo que a simulação clínica é o objetivo em que o estudante vai para lá para aprender, como é que se sente tendo essa experiência, em termos de preparação? Antes de ir para a simulação clínica, como é que descreve a sua preparação para aquela simulação?

EUE 1: Sinceramente, a preparação é pouca ou nenhuma. Temos a parte teórica, é verdade, que nos fazem teorizar os conteúdos e tudo mais, mas depois a parte prática, para nós intervirmos mesmo na simulação, durante a simulação, é um pedacinho muito diferente, porque nós não temos essa prática cá na universidade para ser igual a da simulação. Não acho que tínhamos muito a preparação antes para isso, para o momento da avaliação.

Investigador principal: Por exemplo, que preparação sugeria?

EUE 1: Talvez (pausa) não sei se é possível, mas talvez, antes de haver uma avaliação na prática simulada, seria treinar lá ao invés de cá ou treinar lá antes da avaliação, com a simulação.

Investigador principal: No fundo, considera que a experiência que teve, na simulação clínica, foi meramente uma experiência avaliativa, é isso?

EUE 1: Sim, houve uma ou duas vezes, em anos anteriores, que nós fomos treinar e depois chegamos a fazer a avaliação prática, mas foi só uma vez. Mas este ano só foi mesmo avaliativa e nós ficamos com muita pressão em cima de fazer correto, e as coisas acabam por não vir da forma mais correta.

Investigador principal: Ok. Não sei se conhece, existem modelos pelo qual possa ser desenvolvido a simulação clínica. Conhece algum modelo de desenvolvimento de simulação clínica?

EUE 1: Não estou a lembrar.

Investigador principal: Não conhece. Pronto, entendendo que a simulação clínica, hoje, tem um papel (pausa) é uma estratégia pedagógica para o estudante desenvolver conhecimentos como professor, profissional, de que forma é que destacaria a importância, e de que forma é que promove a simulação clínica uma aprendizagem adequada aos estudantes?

EUE 1: É a tal coisa, conseguimos lidar melhor com a realidade que nos vai surgir futuramente na profissão. Acho que é isso, é mais próximo da realidade.

Investigador principal: Hoje, cada vez fala-se mais na importância do paradigma de centrar o estudante no processo de aprendizagem, isto é, tornar ele mais participativo, mais ativo. Nesse caso, que papel teve o estudante na simulação clínica em enfermagem, nesta perspectiva de torná-lo mais participativo e mais ativo? Sente que o estudante teve esse papel?

EUE 1: Sim, naquele momento nós temos de participar, senão nada feito.

Investigador principal: Mas quando eu falo na participação, estou a falar certamente na perspectiva, também, de estar envolvido na construção dos cenários, estar envolvido na preparação, estar envolvido no conhecer o ambiente, houve esse trabalho?

EUE 1: O ambiente, sim. Agora, a preparação do cenário antes e isso tudo, não.

Investigador principal: Não houve. Muito bem, então, nesse caso, o contexto que a sua prática foi desenvolvida, foi um contexto meramente avaliativo, certo?

EUE 1: Sim.

Investigador principal: Pronto. No desenvolvimento da sua prática simulada, houve a realização a um *prebriefing*?

EUE 1: Pré não me lembro, mas pós sim.

Investigador principal: Nesse caso, também existe a chamada fase do briefing, conhece essa fase do processo?

EUE 1: Sim, nós (pausa) pronto, vamos formar essa linha de reunião, onde falamos tudo o que aconteceu durante a prática de simulação e partilhamos os principais erros que aconteceram, o que ocorreu bem.

Investigador principal: Mas isso foi após a simulação clínica, não é?

EUE 1: Pois.

Investigador principal: Então, nisto já sai uma fase de briefing, certo?

EUE 1: Sim.

Investigador principal: Ok. Como é que destacaria esse momento, em termos de aprendizagem para os estudantes? O que é que sentiu?

EUE 1: Pronto, é um momento de reflexão e com isso aprende-se muito, e é onde nós conseguimos perceber em que é que erramos e podemos melhorar, e o que podíamos ter feito melhor, isso sim, é valioso, acho que sim.

Investigador principal: E o que o estudante conseguiu, nesse momento, tirar aprendizagem, isto é, conseguiu fazer com que houvesse ali um momento de partilha de experiências que pudesse desenvolver mais conhecimento futuro para o estudante, sentiu essa parte?

EUE 1: A partilha entre os colegas?

Investigador principal: Sim.

EUE 1: Eu falo um pedacinho por mim. Como eu sou um pedacinho mais tímida e guardo um pedacinho para mim, às vezes não consigo também partilhar com os outros colegas, e talvez aconteça o mesmo com eles porque, pronto, ficamos sempre assim. Se calhar, o que eu vou dizer não é tão bom, pronto, é a tal coisa, uns partilham, outros não.

Investigador principal: Sentiu-se inibida para partilhar alguns sentimentos que vivenciou na prática, é isso que quer dizer?

EUE 1: Sim, também.

Investigador principal: Ok. No seu caso de simulação clínica, teve experiência com algum participante do simulado, isso é, para além dos manequins, ter alguém que fizesse parte do cenário? Teve experiência com um participante do simulado na simulação clínica?

EUE 1: Sim, enfermeiros.

Investigador principal: Enfermeiros? No caso, alguém fazia o doente, alguém se fazia de enfermeiro, para além do manequim? Teve essa experiência?

EUE 1: Sim.

Investigador principal: E como é que descreve a participação desse participante do simulado? Mais uma colaboração, não é?

EUE 1: Sim. Basicamente estavam ali para (pausa) o que o boneco não conseguia fazer, a outra pessoa fazia.

Investigador principal: Eles complementavam?

EUE 1: Sim, complementavam.

Investigador principal: Nesse caso, já está numa fase final da entrevista. Se fosse para descrever ganhos como estudante, nessa experiência de aprendizagem, o que é que diria?

EUE 1: Eu acho que os únicos ganhos que trago da prática simulada é realmente após eu realizar a prática, e chego à casa e começo a refletir o que é que fiz bem, o que é que não fiz e o que é que poderia ter feito melhor nesse momento. Pronto, e dá para conhecer um pedacinho do que me espera no futuro, assim mais benefícios não estou a ver.

Investigador principal: Houve espaço (pausa) e agora finalizando, sabendo que hoje em dia fala-se muito da importância de haver investigação e inovação na simulação clínica, houve espaço de partilha entre os intervenientes da simulação clínica, para abordarmos parcerias, estudos de investigação futuros, em volta da simulação clínica?

EUE 1: Não concordo.

Investigador principal: Não concorda? Muito bem. Pronto, terminaria a entrevista agora dizendo se tem alguma questão que queira questionar, alguma dúvida que tenha surgido ou algo que queira perguntar.

EUE 1: Não.

Investigador principal: Então, agradecia a entrevista, lembrando que, mais uma vez, será tido todas as questões relacionadas com a confidencialidade e o anonimato dos dados colhidos e, passado os dois anos, que é o tempo regular deste estudo, todas estas documentações serão destruídas, nomeadamente a gravação, e estarão sempre salvaguardadas o direito da sua privacidade e o direito de anonimato, daquilo que foi dito. Muito bem, obrigado.

Transcrição da entrevista individual EUE 2 (duração 16 minutos)

Subcategorias	EUE 2
A1 - Género	Feminino
A2 - Idade	21
A3 - Contexto profissional	Estudante
A4 - Residência	Funchal
A5 – Percurso académico	12º ano

Investigador principal: Muito bem, em primeiro lugar agradeço a estudante de se prontificar para participar neste estudo, e começaria a entrevista dizendo que tudo aquilo que for dito aqui será alvo de sigilo e devidamente autorizado. Vamos sim dar início à entrevista, agradecendo também os contributos que a estudante tem nesta perspetiva de contribuir para a pretensão dos objetivos do estudo, relacionado com a simulação clínica que nós pretendemos, de acordo com os contributos que vai transmitir acerca da sua experiência. Em termos de caracterização de dados demográficos, pedia então que dissesse o género, a idade, o género sabe-se que é o género feminino, a idade, as habilitações académicas e o tempo de serviço, ou melhor, que experiência tem com a simulação clínica.

EUE 2: Ok, então. Eu tenho 21 anos, estou no quarto ano de licenciatura em enfermagem, o que mais?

Investigador principal: Habilitações académicas já falou e que experiência tem sobre a simulação clínica?

EUE 2: Já fui algumas vezes ao centro de simulação a pedido de dois professores e a contexto de avaliação, sobretudo.

Investigador principal: Pronto, então falou meio que foi à simulação, sobretudo, no contexto de avaliação. Nesse caso, como descreve a simulação clínica em enfermagem, na sua opinião?

EUE 2: Por ser, então, em contexto de avaliação, acho que a gente estamos muito nervosas e acho que não acabamos por aproveitar e aprender mesmo com essa situação como

estamos assim, estamos a ser avaliados, ficamos muito nervosos, dá-nos aquelas brancas e acho que não conseguimos aproveitar realmente o objetivo do centro de simulação.

Investigador principal: Ok. Que tipos de ambiente conhece para a simulação clínica e como os descreve? Isto é, um ambiente de simulação clínica, como é que se descreve aquele ambiente? Em termos de espaço físico, em termos de organização, em termos de manequins, em termos de dinâmicas, como é que descreveria?

EUE 2: Eu acho que está bem conseguido, porque dá para assimilar mesmo o que nós vamos ter no estágio, na prática mesmo clínica, porque o manequim interage com a gente, nós fazemos alguma coisa, interage. Ele não fala, mas a pessoa que está com a gente faz as respostas, então acho que é bem simulada essa parte. Mas já às vezes falta algumas coisas, alguns materiais. E é 'imagine que tem isto aqui', e acho que isso já quebra um pedaço a simulação, que em vez de fazer mesmo, a gente dizemos 'ah, eu estou a fazer isto, mas eu não estou'. Não sei se dá para perceber.

Investigador principal: Sim, Ok. Nesse caso, teve experiência com simuladores, falou-me aí na questão do pensar que. Como é que descreve, então, de uma forma genérica, os simuladores com quem teve essa experiência de simulado? Como é que descreve esses simuladores? Os manequins, neste caso.

EUE 2: Não sei, não estou muito bem a perceber a pergunta.

Investigador principal: Ok, neste caso, como teve a experiência de simulação clínica, teve oportunidade de ter contacto com alguns simuladores, no caso manequins, simuladores de outros âmbitos. Como é que sentiu essa experiência? Falou-me há pouco do fazer de conta, mas houve alguns que também, certamente, eram reais.

EUE 2: Sim, que eram reais. Isso ajuda bastante, porque, como eu estava a dizer, depois quando fui para o estágio, eu lembrei-me sempre, tipo, 'ah, eu passei pelo centro de simulação neste caso, e falhei no centro de simulação, mas agora eu não vou falhar porque eu já sei o que fazer'. Eu acho que, apesar de ser um momento que eu estava nervosa, eu consegui detetar quais são as falhas que eu fiz e pronto, e eu acho que também de estarmos em equipa, eu nunca estava sozinha, era sempre um grupo de estudantes. O que eu não sei o outro fazia, e eu acho que isso ajuda.

Investigador principal: Considera a simulação clínica um ambiente de aprendizagem inovador?

EUE 2: Sim, eu acho que sim.

Investigador principal: E porque é que acha que é inovador?

EUE 2: Comparando, por exemplo, como era a enfermagem antes do centro de simulação, que era só numa sala de aula, e depois temos a oportunidade de ser mesmo simulado, não com pessoas reais (risos), mas com manequins, acho que isso é importante.

Investigador principal: Ok, sente que isso foi importante. Muito bem. Como caracteriza a simulação clínica no meio académico e no laboratório de simulação clínica na Madeira? Como é que classifica a simulação clínica que se faz aqui nos laboratórios do meio académico, em comparação com aqueles que são feitos no laboratório de simulação clínica da Madeira?

EUE 2: “Quando eu fui ao centro de simulação, foi sempre em contexto de avaliação, nas práticas académicas não. Portanto, acho que estava mais à vontade, não havia tanta pressão, nem tantas pessoas a olhar para o que eu estava a fazer. Acho que senti que no meio académico foi muito mais descontraído e consegui aprender melhor. Por outro lado, o centro de simulação também estava mais bem preparado, tinha manequins, coisas mais reais, dava para fazer coisas diferentes do que o meio académico, ainda muito focalizado na imaginação”.

Investigador principal: Ok. Sabe que, na simulação clínica, há várias práticas educativas que se pode exercer no aluno. Que práticas educativas é que se destacaria na simulação clínica? Isto é, o que é que foi feito na simulação clínica, que experiência que foram vividas lá, em termos de práticas educativas que tira como um benefício para a sua aprendizagem?

EUE 2: Acho que (pausa) eu não sei se é assim, mas pronto. A nível de eu organizar primeiro o que é que eu tenho de fazer, por exemplo, eu estudo e faço uma revisão antes de ir para a simulação, mas só quando eu estou lá, eu penso 'ah, às tantas a literatura diz para eu fazer assim, mas tive que fazer tudo ao contrário, porque o caso que foi dado foi assim'. Eu acho que dá para organizar melhor o pensamento que eu tive, acho que é dos principais.

Investigador principal: Ok. Os estudantes de enfermagem, na sua opinião, estão preparados para desenvolverem experiências de aprendizagem na simulação clínica?

EUE 2: Pois, eu acho que é muito difícil, porque é aquela coisa, por ser um momento que nós ficamos muito nervosos, não conseguimos aproveitar aquilo para aprender. Estamos focados que é uma avaliação.

Investigador principal: Nesse caso, o que é que identifica como a causa desse estado de estar nervosa, que no fundo refere como uma barreira à sua aprendizagem?

EUE 2: Eu acho que tínhamos de ser mais bem preparados, por exemplo, não ir à simulação sem saber o que vamos fazer. Se já déssemos o caso clínico, íamos mais bem preparados para a simulação.

Investigador principal: No fundo, fala em conhecer o cenário clínico antes de ir para a prática?

EUE 2: Sim, acho que isso ajudava.

Investigador principal: Muito bem. Conhece algum modelo que fale sobre simulação clínica?

EUE 2: Não.

Investigador principal: Pronto. Atendendo ao perfil de futuros profissionais de enfermagem, e conhecendo a experiência que teve até agora como experiência na simulação, acha que a simulação clínica prepara os estudantes de forma adequada para futuros profissionais?

EUE 2: Sim, acho que sim. Nesse aspeto, foi como eu já referi, acho que ajuda bastante. Nós na simulação podemos falhar, para depois não falharmos com as pessoas mesmo. Eu acho que isso ajuda a aprendermos com os erros.

Investigador principal: Muito bem. Hoje fala-se muito na importância de trazer o estudante para o centro da aprendizagem, também para a construção dos cenários, para a construção da simulação clínica. Que papel teve o estudante na experiência que teve como simulação clínica de enfermagem, a nível nisto de chamar o estudante para o centro da

aprendizagem? Isto é, o estudante foi chamado para ajudar a construir o cenário, foi chamado para tentar estabelecer os seus objetivos, para desenvolver o cenário?

EUE 2: Pois, isso, por acaso, nunca tive essa experiência de elaborar um projeto de simulação. Quando chego ao centro de simulação é que eu sei qual é o caso, como é que é, não tenho muita experiência é sempre o docente que organiza essa parte toda.

Investigador principal: Nesse caso, não foi desenvolvido, não foi utilizado um modelo no desenvolvimento da sua simulação clínica, é isso que sente?

EUE 2: Sim, eu sinto isso.

Investigador principal: Bom, conhece (pausa) dentro das fases da simulação clínica, existem algumas particulares, nomeadamente o *prebriefing* ou o *briefing*, e o *debriefing*. Houve a realização de um pré briefing na sua prática simulada?

EUE 2: Eu acho que foi feito mais após. O antes foi, assim, em sala de aula com todos, vamos fazer a prática clínica, mas também é muito específico em cada caso. Mas, por exemplo, a última que eu tive, não houve, assim, muito um *prebriefing*, mas houve um depois com grupo de estudantes mesmo, e o docente fez questão de deixar um tempo para fazer essa parte.

Investigador principal: Ok. Neste caso, fala na questão, então, de *briefing*, não é?

EUE 2: Sim.

Investigador principal: Que foi uma reunião que houve após a prática simulada. Que contributos que identifica nessa reunião, em termos (pausa) de que forma é que essa reunião contribuiu para a sua aprendizagem? Ou acha que não contribuiu?

EUE 2: Eu acho que deu para aprender bastante, acho que aprendi até mais nessa reunião do que na prática em si, porque eu consegui perceber muitas coisas que eu falhei, que talvez na altura eu não sabia como fazer de outra forma, e acho que contribuiu.

Investigador principal: Ok. Foi elaborado um projeto de simulação clínica na experiência que desenvolveu? O estudante foi chamado para participar nesse projeto, na construção do estudo, na construção do cenário, na construção do estudo a ser simulado?

EUE 2: Não.

Investigador principal: No seu caso de simulação clínica, houve a participação de um participante simulado, isto é, para além do manequim e da estudante que estava a ser simulada, havia também um interveniente de algum estudante que fizesse o papel do doente ou de familiares?

EUE 2: Não foi estudante, mas sim, teve. Foi um enfermeiro que participou.

Investigador principal: Como é que sentiu que foi essa experiência, em termos de aprendizagem para si?

EUE 2: Comparando com outras simulações só o manequim, o participante simulado (enfermeiro) ajuda bastante, principalmente porque nós estamos a fazer algo e ele interage na simulação.

Investigador principal: Ok. Mas nesse caso sentiu, então, que houve essa importância desse participante. Pronto. Já falamos aqui na questão do briefing, já falou há pouco. Como é que descreve a sua experiência, de uma maneira em geral? Como é que descrevia essa experiência de simulação clínica para si?

EUE 2: Acho que foi muito bom, apesar de eu na altura não refletir sobre a importância que isso teve, que só achei que 'isso foi tão stressante, eu não quero repetir', mas depois, no ano a seguir, quando eu repetia essa experiência, eu via que 'Ok, eu já evolui e já percebi como é que isto funciona'. Eu acho que é muito importante mesmo, porque depois, para a prática clínica, já me sinto, assim, mais confiante, porque eu já passei por essa simulação, então sinto-me mais confiante em fazer as intervenções.

Investigador principal: Resumidamente, que ganhos é que ganhou, que sente que teve? Por exemplo, falou-me aí, certamente maior confiança para o futuro, mas tem mais algum ganho que sinta que tenha conseguido ganhar na simulação clínica?

EUE 2: Apercebi-me das coisas que eu tenho que treinar mais, do que eu tenho maior dificuldade, e que na altura não parecia que fosse uma dificuldade para mim. É isso.

Investigador principal: Muito bem. Atendendo aos casos clínicos, que teve essa experiência, como é que os classifica, em termos de casos que potenciassem a sua aprendizagem, os casos clínicos?

EUE 2: Acho que foram bem construídos. Todos os casos clínicos que tive, eu não estava à espera que fossem aqueles, porque estudei e tive a ver a matéria sobre um tema, depois eu vejo e é dentro, mas não é bem aquilo que eu estava à espera, mas eu acho que fez sentido.

Investigador principal: Muito bem. Terminava já a entrevista, perguntando uma questão muito clara, tem a ver com a questão (pausa) hoje em dia fala-se muito da importância que a investigação tem que ter como uma forma de mediar e de fazer com que o crescimento da ciência vá se progredindo. Houve espaço para debater com os intervenientes na simulação algo relacionado com a importância de haver parcerias, estudos de investigação e tentar compreender melhor todas as fases da simulação, e de forma que ela é vivenciada pelos estudantes e por todos os intervenientes?

EUE 2: Não. Por acaso, no meu caso nunca tive essa oportunidade de falar sobre esse assunto.

Investigador principal: Muito bem. Deixava este bloco último para questionar a entrevistada, neste caso, se quer colocar alguma questão, alguma pergunta relacionada com o tema ou se tem alguma dúvida que queira esclarecer.

EUE 2: Não, acho que foi claro.

Investigador principal: Muito bem, então terminava a entrevista agradecendo a sua disponibilidade. Mais uma vez reforçando a questão do anonimato em relação a tudo aquilo que foi dito, e agradecer também a importância que tem para a investigação.

Transcrição da entrevista individual EUE 3 (duração 21 minutos)

Subcategorias	EUE 3
A1 - Género	Feminino
A2 - Idade	26
A3 - Contexto profissional	Estudante
A4 - Residência	Funchal
A5 – Percurso académico	12º ano

Investigador principal: Começaria por agradecer a participação da estudante no estudo sobre a simulação clínica, o processo educativo da simulação clínica no estudante e iniciaria perguntando, pedia alguns dados, solicitando que dê alguns dados de caracterização demográfica, nomeadamente o género, idade, as habilitações académicas e a experiência que tem com a simulação.

EUE 3: O género, feminino. A idade, 26 anos. E?

Investigador principal: As habilitações académicas.

EUE 3: Tenho o décimo segundo ano.

Investigador principal: E em termos de experiência de simulação clínica?

EUE 3: Foi a primeira experiência.

Investigador principal: Entendendo que teve uma primeira experiência de simulação clínica num centro de simulação clínica ou num laboratório, neste caso, como descreve a simulação clínica em enfermagem?

EUE 3: Na minha ótica, eu acho que é uma etapa importante, bastante lúdica e realista ao mesmo tempo, e que devia ser utilizada mais vezes, porque ela acresce alguns pontos mais realistas do que a prática no laboratório da universidade. Tem a interação com manequim, o manequim interage, insufla dependendo da patologia ou o que seja, então dá um ar mais realista que vai de encontro com aquilo que nós vamos encontrar na prática de estágio e eu penso que é uma forma de deixar os estudantes mais preparados para as práticas em si e

psicologicamente também, atendendo a que proporcionada um contacto minimamente real para o contexto prático.

Investigador principal: Conseguiu ter a experiência com diferentes tipos de manequins no laboratório, no meio académico e no centro de simulação? Consegue distinguir a importância entre eles e o meio da académica e o meio da simulação, qual é a sua opinião? Há diferenças? De que maneira é que é vivida essa experiência?

EUE 3: Na minha opinião há diferença. A principal delas é como eu disse anteriormente, o manequim do meio académico não interage da mesma forma que o manequim do centro de simulação. O manequim do centro de simulação e a prática simulada no centro de simulação dá uma perspectiva mais realista do que vai ser o dia a dia do estágio”. Não sei o primeiro contacto já na prática, porque talvez o primeiro contato já na prática, se não houvesse a simulação que o manequim interagiu connosco, eu não soubesse como me portar, por exemplo. Se eu me deparar com um utente que tenha as mesmas características do manequim, eu já sei mais ou menos por onde me guiar.

.

Investigador principal: Considera a simulação clínica um ambiente de aprendizagem inovador? Justifique a sua observação.

EUE 3: “Sim, é inovador, justamente pelo facto de ser diferente daquilo que estamos habituados a ter contacto”. E por acrescentar algumas qualidades a mais no centro de simulação, tanto o ambiente, se você imagina que está mais num ambiente real do que (pausa) o laboratório, ele até dá um pouco dessa visão, mas não tanto, você tem que, digamos, entre aspas, brincar de imaginar um pouco. Você tem que brincar de imaginar, 'imagine que isso está acontecendo agora, imagine que isso vai acontecer'. Lá os eventos já estão programados e eles vão suceder independente daquilo que eu faça ou não, independente e dependente ao mesmo tempo.

Investigador principal: Nesse ambiente de simulação clínica existem algumas práticas educativas que são desenvolvidas, pesquisa de documentos, experiências, exemplificação. Como é que destacaria as práticas educativas na simulação clínica? Que isto teve esta experiência a desenvolver.

EUE 3: Acho que foi bastante importante a elaboração de um guião para os possíveis cenários, assim como para a nossa orientação. De certa forma a gente já estava um pouco preparado para aquilo, para a prática, para a simulação que ia acontecer. Não sabíamos qual delas seria, mas a gente teve que já ter uma pré-preparação para aquilo, não chegou lá assim (pausa). Então eu acho que é bastante importante essa preparação.

Investigador principal: Então, fale-me nessa pré-preparação, como é que os estudantes se sentem (pausa) como estudante, como é que se sentiu nessa pré-preparação para que o caso fosse desenvolvido? Como é que foi essa experiência?

EUE 3: Eu tive que ter o trabalho de pesquisa, de certa forma, também, imaginar como é que ia acontecer aquilo, meio que me programar aqui na minha cabeça (risos) pelo menos eu. Tive que olhar para aquelas possíveis situações e tentar imaginar o que é que poderia acontecer, o que é que poderia vir, tive que pesquisar também a questão de fármacos, que era importante para cada caso.

Investigador principal: Pronto, nesse caso, resumidamente, sente que os alunos estão preparados ou são preparados para a simulação clínica?

EUE 3: Os estudantes são preparados para a simulação, sim.

Investigador principal: Muito bem. Conhece algum modelo de simulação clínica?

EUE 3: Não, esse foi o meu primeiro contacto.

Investigador principal: Mas, quando falo em modelo, refiro-me a ter algum modelo descrito sobre as fases com que a simulação clínica se desenvolve. Conhece algum modelo?

EUE 3: Não.

Investigador principal: Ok. Atendendo aquilo que se pretende desenvolver para os estudantes serem futuros profissionais, qual é a sua opinião sobre esta estratégia pedagógica da simulação clínica para dar competências ou para promover aos estudantes uma aprendizagem adequada?

EUE 3: “Eu acho que é uma estratégia muito eficaz, e que até deveria ser utilizada mais vezes ao longo do curso, porque eu acho que é um método realmente muito próximo daquilo que a gente vai encontrar futuramente na prática”.

Investigador principal: Atendendo a tal mudança de paradigma, que se fala no estudante cada vez ser mais centralizado no processo de aprendizagem, como é que sente que foi o seu papel na simulação clínica ou na preparação da simulação clínica?

EUE 3: Na preparação da simulação clínica, ela dependeu completamente de mim. Se eu não tivesse feito aquela pesquisa, não tivesse me preparado, não tivesse olhado para o papel e dado alguma atenção, não teria me preparado muito bem para a simulação. Apesar de que também chega na hora, a gente fica um pouco nervoso, pode ser que às vezes tenha algum esquecimento, mas como fomos em grupo na simulação clínica, não fomos individualmente (pausa) em grupo houve uma colaboração, às vezes o que o colega não se lembrava muito, ou que não estava muito dentro, o outro se lembrava e respondia, mas talvez uma experiência individual, talvez fosse um pouco mais, não é difícil, mas um pouco mais complexo, se fosse uma experiência individual. Na prática dependeria só de mim.

Investigador principal: O que é que significa mais ou menos com isso? Está a falar na questão de ser o estudante a criar o seu próprio caso clínico?

EUE 3: Nesse caso a gente já tinha um caso clínico, a gente chegou e recebeu o caso clínico, mas eu falo mesmo no decorrer da simulação. Anteriormente, na etapa de pesquisa do guião, dependeu só de mim, se eu não tivesse feito aquilo (pausa) aquilo dependia só de mim, ninguém ia fazer por mim, se eu tivesse alguma dificuldade, digamos assim, foi um trabalho individual, já na prática, como foi um trabalho em grupo, no decorrer das etapas, se alguma etapa falhasse, o colega de grupo dava alguma resposta para aquela etapa. Se fosse individual e eu falhasse naquela etapa, pronto, tinha falhado, não tinha corrido tão bem”. É nesse sentido que eu estou querendo dizer.

Investigador principal: Muito bem, Ok. Mas também, neste caso também, quando se fala na participação ativa do estudante, nós também pedimos que, para a construção do caso clínico, que o estudante teve um papel na construção desse caso, se foi pedido ao estudante o seu contributo para a construção do caso clínico a ser simulado?

EUE 3: Não, não que eu me lembre.

Investigador principal: Pronto. Nesse caso, também desconhecia o modelo, não é? O contexto da prática clínica foi simulado. Existem várias fases da simulação clínica, nomeadamente o prebriefing, o briefing e o debriefing. A questão que eu colocaria é, foi realizado na sua experiência ou, na sua experiência, sentiu uma fase para o prebriefing? Onde se conhecia as instalações do laboratório, onde se pudesse familiarizar com o espaço físico ou de conhecer o seu caso clínico antes da própria ação, onde conhecesse algumas funcionalidades dos manequins.

EUE 3: Não houve essa etapa. Quando a gente chegou no centro de simulação, pelo menos eu falo por mim, foi o primeiro contacto, tanto com aquele espaço físico, tanto com o manequim, quanto com o caso. Eu já tinha uma perspetiva do que poderia ser o caso, mas não tinha uma visão do que (pausa) não tive um pré-contacto com o caso em si.

Investigador principal: Nesse caso, atendendo uma das fases iniciais da simulação clínica, que é o briefing, onde se expõe o caso, onde foi exposto o caso, que experiências é que teve quando foi lhe apresentado o caso e da forma como ele ia ser desenvolvido?

EUE 3: Como não teve o pré, e já chegamos tendo contacto com o espaço físico, com o manequim, com o caso em si, lendo o caso, foi muita informação, digamos, talvez, eu senti e acho que os meus colegas também. Foi muita informação para assimilar rapidamente, ao mesmo tempo. Era ler o caso, era identificar o espaço, aquele espaço que eu nunca tinha estado antes, identificar quais as funcionalidades do manequim, como eu não sabia, eu tinha que (pausa) eu não sabia a resposta que ele ia me dar, qual a resposta que ele poderia me dar diante o caso, como é que ele podia interagir comigo diante o caso que foi dado. Então, foi meio que as coisas acontecendo ali, tudo na hora mesmo, não teve nenhuma etapa, assim, que explicasse esse momento.

Investigador principal: Do pré e do briefing, está falando do pré?

EUE 3: Nem do pré, nem do briefing.

Investigador principal: Na questão do projeto da simulação clínica, isto é, quando se desenvolveu, que é uma fase de preparação da experiência, isto é, uma fase onde se prepara todas as fases que se vai desenvolver, e que pode ser alterado de acordo com o mesmo,

como é que descreve os intervenientes desse projeto que foi elaborado e que participação teve o estudante nesse projeto?

EUE 3: Mais uma vez eu posso falar só por mim. Eu como estudante, nesse projeto, eu sinto que nós não tivemos nenhuma participação, a não ser que fosse ali no momento, nenhuma pré-participação.

Investigador principal: Nesse caso, na simulação de clínica que experienciou, pôde haver a condição de haver participantes simulados? Isto é, pessoas que possam, para além dos manequins, pessoas que também possam estar na experiência de simulação a fazer doentes, ou familiares, ou outros profissionais. Na sua experiência, houve a participação de um participante simulado?

EUE 3: Não.

Investigador principal: Nesse caso, diria que, como é que, na fase após a experiência ou durante a experiência que se desenvolveu, como é que descreveria os seus sentimentos naquela experiência que foi desenvolver a sua prática na ação e na colaboração com os intervenientes, na relação que comunicou, na interação entre eles, como é que foi essa experiência?

EUE 3: O sentimento que eu tive foi que necessitava de um raciocínio lógico, uma resposta rápida. Ter um raciocínio lógico com uma resposta rápida ali no momento. Eu não sabia ao que vinha, apesar de ter uma noção, não sabia o que vinha em seguida. Mas, a gente teve ali o nosso tempo, nos foi dado um certo espaço para que a gente pudesse se articular e pensar no nosso próximo passo, que nós tínhamos de fazer na próxima.

Investigador principal: Mas nesse caso, em termos colaborativos, com os intervenientes, nessa ação, sentiu que tinha de dar, que tinha de ter esta decisão. Mas como é que classifica, qual é a sua opinião sobre a mediação, o papel dos intervenientes? Houve ajuda, não houve ajuda, houve colaboração?

EUE 3: Houve colaboração, sim.

Investigador principal: A fase de debriefing, que é a fase após a experiência de simulação, que é uma reunião que foi feita entre os intervenientes, no fundo, fale-me desta experiência e que contributos é que isso teve para a sua aprendizagem.

EUE 3: O debriefing foi, basicamente, eu acho, uma das etapas bastante importante, pelo menos para mim. Eu diria que a prática foi 60% e o debriefing foi os 40%, porque foi onde nós tivemos a resposta daquilo que a gente conseguiu, digamos, se sair bem e naquilo que a gente se saiu menos bem. Etapa muito importante para o estudante analisar os pontos fracos que preciso trabalhar e reforçar os pontos positivos. Eu preciso estudar mais, preciso ler de novo, preciso procurar mais sobre isso, que é para conseguir dar resposta na prática real do estágio, estar mais bem preparada'.

Investigador principal: Se for para falar sobre os ganhos e os resultados que obteve com essa experiência de simulação clínica, o que é que me diria?

EUE 3: Eu diria que foram só ganhos.

Investigador principal: Que ganhos é que obteve?

EUE 3: “Ganho de aprendizagem, ganho de experiência, ganho de interação, ganho de trabalho de equipa, ganho de interação, ganho de experiência e apreensão da realidade prática”. Foi importante, eu acho, também, esse primeiro contacto sem o grupo, porque no nosso (pausa) principalmente no nosso primeiro estágio, eu sinto que a gente vai precisar muito, também, da colaboração dos colegas. Por mais que seja individual, ter o apoio e ter o (pausa) pronto, às vezes a ajuda de um colega, também estar ali para ajudar o colega, é bastante importante também, deu uma visão disso, do que é que é trabalhar junto num caso, num quadro clínico.

Investigador principal: Falou nos quadros clínicos, e como é que classifica os quadros? Qual opinião foi feita sobre os casos clínicos que foram escolhidos para a sua simulação?

EUE 3: Eu acho que foi uma escolha certa para aquilo que a gente vai ter no estágio, foi em conformidade com a teórica, também, que a gente teve na unidade curricular e acho que foram bem acertados os casos que foram escolhidos.

Investigador principal: No fundo, há aqui um capítulo que nós sabemos cada vez mais a importância de tentarmos, no meio acadêmico, trabalhar as questões da inovação e da investigação, e neste caso particular na simulação clínica. Houve espaço na simulação clínica para debaterem a importância de haver investigação nesta área e de haver parcerias com outros laboratórios, no sentido de falar um pouco sobre a importância que a simulação tem para o contexto funcional?

EUE 3: Foi mencionado minimamente, não foi propriamente um debate, uma conversa, uma pauta. Foi mencionado minimamente a importância da simulação clínica e o ganho que aquilo ia trazer para nós, mas não foi (pausa).

Investigador principal: E em termos de estudos de investigação, foram falados na importância de fazer mais investigação sobre esta área e que mais valias é que tem para o projeto?

EUE 3: Sobre a área da simulação, não propriamente.

Investigador principal: Pronto. Terminava o questionário abrindo aqui um bloco de questões finais, meramente para colocar uma questão, se pretende colocar alguma questão extra ou colocar algum esclarecimento adicional, tem agora um espaço.

EUE 3: Não.

Investigador principal: Terminaria agradecendo a entrevista, mais uma vez, garantindo a confidencialidade dos mesmos e que após a defesa da tese, todos estes dados serão destruídos, dois anos após, conforme as regras da ética e deontologia dos trabalhos. Obrigado.

Transcrição da entrevista individual EUE 4 (duração 22 minutos)

Subcategorias	EUE 4
A1 - Género	Masculino
A2 - Idade	24
A3 - Contexto profissional	Estudante
A4 - Residência	Funchal
A5 – Percurso académico	Licenciatura

Investigador principal: Agradecer ao estudante a disponibilidade para participar neste estudo, que acabou de aceitar e escrever o consentimento. Começaria por perguntar ao estudante que se caracterizasse, no fundo, o género, a idade, as habilitações académicas e a experiência, o tempo de serviço que tem em simulação clínica.

EUE 4: Olá. Primeiramente eu sou X, sou do género masculino, tenho 24 anos, as minhas habilitações académicas é licenciatura em sociologia e o tempo de serviço, acho que não tenho.

Investigador principal: Experiência de simulação clínica.

EUE 4: Ah, tempo de serviço em experiência clínica, tenho uma experiência.

Investigador principal: É uma experiência de simulação clínica, faz parte dos critérios de inclusão do estudo, portanto, como descreve essa experiência de simulação clínica?

EUE 4: Eu acho que, para uma experiência, podia ter sido melhor, eu acho que foi muito pouco tempo para (pausa) penso que deve ter sido cerca de quinze minutos, meia hora no máximo. Como é que eu posso escrever?

Investigador principal: Na sua opinião?

EUE 4: Isso é uma pergunta bastante abrangente. Então, posso começar pelos pontos positivos e negativos?

Investigador principal: Sim.

EUE 4: Então, pontos positivos (pausa) como é que eu posso começar?

Investigador principal: No fundo diria (pausa) vamos imaginar que tem, sabe que a simulação clínica foi desenvolvida num espaço. Quando estive a vivenciar esse momento, que experiências é que sente que surgiram?

EUE 4: Ok. Posso começar pelo início, então? No início eu achava que ia ser uma coisa muito ampla, digamos, eu pensei que ia ser uma experiência inesquecível, digamos, e depois eu chego lá e não correspondeu à realidade, eu achava que ia ser muito mais. Agora eu vou começar a explicar os detalhes. Então eu cheguei lá, foi um grupinho da turma, e estava a professora e pensei que ia estar lá, por exemplo, um técnico mesmo da área profissional da enfermagem ou da medicina, e não. O técnico que também estava lá, eu penso que também não era da área da enfermagem, nem da medicina, eu penso que eram (pausa) pois, não posso afirmar isto porque não sei, mas acho que não. Eu achava que ia ter uma equipa a apoiar os estudantes, e só tinha uma pessoa. E acho que podia estar lá mesmo uma pessoa a guiar os estudantes, não fazer um caminho linear, mas ter várias alternativas e os tantos se guiavam por elas, não ser uma coisa única. Então, eu cheguei lá e tinha o boneco. O boneco realmente tinha aspetos bons, eu fiz auscultação pulmonar, e ouvia-se bem os sons respiratórios, realmente não estava nada à espera de ouvir tão bem. Agora, uma coisa que não gostei foi o suposto técnico que fala pelo boneco, mal se ouvia, eu acho que a qualidade de som não era tão boa, nesse aspeto. Era preciso ter muita atenção para ouvir, e com um grupo de pessoas, também, fica mais difícil. Ou seja, melhorar a qualidade do som, também.

Investigador principal: Ok. Falou meio que auscultou bem. Nesse caso, eu perguntaria que conceito tem sobre os simuladores, o que é que conhece sobre os simuladores usados nos ambientes de simulação e como é que descreve essa experiência dos simuladores? No caso, manequins que consideraram um simulador.

EUE 4: Eu acho que só tive esta experiência mesmo de simuladores de bonecos. O boneco, como eu já tinha dito, tinha uns sons, auscultava-se bem, o som da pessoa ouvia-se mal e a nível do boneco, realmente o boneco parecia real, mas (pausa).

Investigador principal: Ok. Vamos imaginar que, no fundo falou aí da sua experiência. Uma das perguntas que eu queria agora é, considera a simulação clínica um ambiente para aprender, inovador?

EUE 4: Eu considero, mas naquele ambiente não sei se considero tanto. Acho que podia ser mais desenvolvido, como eu disse, podia ter vários caminhos, não precisava ser só um linear, eu acho que podia ter mais profissionais a apoiar os estudantes e, pelo que eu vi, eu (pausa).

Investigador principal: Considerando aqui a questão das experiências que tem de simulação nas práticas simuladas, no contexto académico, e aquela que teve no laboratório de simulação, que diferenças é que faz? Como é caracteriza uma e outra em termos de aprendizagem para o estudante?

EUE 4: O laboratório de enfermagem, da faculdade?

Investigador principal: Sim.

EUE 4: Realmente tem uma diferença (risos). Eu acho que aprendi muito mais no laboratório de enfermagem da faculdade do que no centro de simulação. Além de que, também, tinha aprendido no centro de simulação algumas coisas, mas como o tempo foi tão pequeno, nos laboratórios tem muito mais disponibilidade de tempo, também tem o professor, tem também a parte prática, que também se pôde ver na experiência clínica, mas eu acho que nos laboratórios existe mais tempo, mais disponibilidade, mais aulas, mais dedicação pelo professor, acho que o professor se dedica bastante, e a pessoa também pode treinar. Lá, como era um grupo, só uma pessoa que podia fazer uma coisa ou outra, nem toda a gente fazia o mesmo. Por exemplo, eu fui o único que auscultei, os outros não conseguiram ter essa experiência. Enquanto nas aulas, toda a gente conseguia fazer pelo menos algumas coisas, todos. Ver materiais, por exemplo, nem que seja treinar nos laboratórios mesmo, com tempos livres, por exemplo, também é importante.

Investigador principal: Como estudante, sente que os estudantes estavam preparados para desenvolver uma experiência de aprendizagem na simulação clínica?

EUE 4: Não. E porquê? Porque como somos estudantes de segundo ano, nós não tínhamos tantos conhecimentos para abordar uma pessoa naquela situação. Claro que o professor auxiliou em todos os passos, claro, mas notava-se que havia um pouco de desconhecimento por parte dos alunos, não por não saberem, mas por não terem experiências anteriores.

Investigador principal: Foi algo novo, não é?

EUE 4: Sim. Algo novo e foi muito rápida a experiência.

Investigador principal: Nesse caso, então, perguntaria uma questão muito objetiva e que é, conhece algum modelo de simulação clínica ou utilizou algum modelo de simulação clínica nessa experiência?

EUE 4: Se usava um modelo?

Investigador principal: Modelo.

EUE 4: A primeira questão é se já tinha experienciado algum (pausa).

Investigador principal: Se utilizou algum modelo, se conhece algum modelo de simulação clínica.

EUE 4: Não conheço nenhum modelo.

Investigador principal: Muito bem. Atendendo ao perfil de profissionais de saúde, de enfermagem, que depois pretendemos desenvolver, qual é a sua opinião da forma como a simulação clínica prepara-os para a prática?

EUE 4: Pode repetir, se faz favor?

Investigador principal: Atendendo ao perfil de competências que o enfermeiro que, na formação do estudante para futuro enfermeiro (pausa) de que forma é que sente que a simulação clínica os prepara para a prática?

EUE 4: Nesse sentido, da preparação, eu acho que até prepara razoavelmente bem, a nível da pressão, que exerce alguma pressão e a pessoa, então, também no contexto real, também tem alguma pressão. Nesse sentido, prepara a uma certa parte. Agora, num contexto real, claro que vai existir novas interações, novas reações (pausa), claro que não é tão real, como na realidade, mas é (pausa) pode experienciar uma parte da realidade, mas podia ser melhor, podia ter mais interação por parte da pessoa.

Investigador principal: Muito bem. Hoje, atendendo a tão ambicionada mudança de paradigma, cada vez se fala mais em tornar o estudante mais ativo e mais no centro do processo da aprendizagem, isto é, como aquilo que também pode construir os seus casos

clínicos, que pode ajudar, pode estar inserido no desenvolvimento dessa aprendizagem. Como é que sente que foi o papel do estudante, neste processo?

EUE 4: Foi um papel ativo, estávamos lá todos presentes, tratamos do caso com auxílio do professor, mas podia ser muito mais tempo, porque para aquele tempo que foi o estudante praticamente não desenvolveu grandes competências, podia ter desenvolvido muitas mais competências.

Investigador principal: No desenvolvimento da sua prática simulada houve uma fase do *prebriefing*? Conhece esta fase do *prebriefing*?

EUE 4: Sim, uma troca de ideias. Nós tivemos dois casos e nós tivemos a analisar esses casos, as ideias desses casos e depois é que entramos em contexto da ação, nem sabíamos qual era o caso e depois chegamos ao caso e, eu acho que na troca de ideias, na hora, tive muito mais do que trocas de ideias, teve muitos mais pensamentos, muitos mais coisas para fazer.

Investigador principal: Está a falar antes da experiência?

EUE 4: Certo. Nós estudamos os casos e depois é que entramos em ação.

Investigador principal: Antes de entrar em ação, conheciam o laboratório de simulação clínica?

EUE 4: Não. Só um professor é que nos mostrou mais ou menos, em formato digital, o pavimento e as salas, mas realmente eu achava que ia ser maior, mas também não sei se ainda é lá no centro de simulação todo, eu andei só numa parte, mas o espaço (pausa). As instalações até estavam bem (pausa).

Investigador principal: Mas quando falo nisto é antes de partir para a ação da sua simulação, houve espaço ou acha que é importante haver um espaço onde o estudante pudesse conhecer, na realidade, as condições físicas dos manequins e dos espaços físicos, se isso ajudaria em algum ponto, antes de partir para a ação? E se essa ação foi executada ou não.

EUE 4: Sim, eu acho que se a pessoa conhecesse o espaço, que não nos foi dado a conhecer, conhecer só visualizar, eu acho que o estudante sentir-se-ia mais à vontade e a ação correria melhor, também.

Investigador principal: A fase do briefing é uma fase onde se fala do raso, uma fase onde vamos expô-lo. Como é que foi essa fase? Que experiência que sente, em termos de arranque para a prática clínica?

EUE 4: Ao ir para a prática?

Investigador principal: Nessa fase do briefing, onde foi exposto qual era o caso e em que condições é que o doente se encontrava, que vivências é que sentiu e como é que se sentiu em termos de preparação para antes de partir para a execução do caso clínico?

EUE 4: Senti um pouco de ansiedade, um pouco de nervosismo, porque é o desconhecido, como não se conhecia as instalações, também não sabíamos o que é que íamos encarar, e as expectativas muito altas e depois não eram tão altas como se apresentou.

Investigador principal: Como sabe, na preparação da simulação clínica existe o projeto, onde é preparada a simulação clínica, de que forma é que ela vai se desenvolver e que intervenientes é que vai ter? Como é que foi o seu papel neste processo?

EUE 4: Bastante ativo. Eu senti que estava mais presente do que os outros colegas, porque (pausa).

Investigador principal: Estamos a falar na fase de projeto, a fase de preparação.

EUE 4: Sim. Na fase de preparação, estávamos todos empenhados como grupo, estávamos a procurar por ideias que pudessem aparecer, e realmente apareceram, porque nem tudo o que estava escrito apareceu, ou seja, a pessoa já entrou lá num desconhecimento, mas estávamos mais ou menos preparados, eu não digo nem mal, mas também nem bem. Faltou ali alguma informação ou conhecimento por parte do estudante.

Investigador principal: Sente que, nessa preparação do caso clínico para a simulação clínica o estudante ficou envolvido nessa preparação? Foi chamado o estudante para participar e para dar, no fundo, dicas para a construção desse caso? Ou teve meramente um papel de cumprir que aquilo foi projetado por outro?

EUE 4: O envolvimento foi, digamos, parcial. Ficamos envolvidos, mas talvez devíamos ter tido mais, digamos, orientados. Podíamos estar mais envolvidos no projeto.

Investigador principal: Dentro da simulação clínica está prevista a participação de participantes simulados, isto é, pessoas que ajudam, geralmente, com os manequins, a interagir, ou a se fazer de doentes ou a se fazer de profissionais. No caso que teve essa experiência, teve algum caso de ter algum participante simulado?

EUE 4: Como participante simulado?

Investigador principal: Sim.

EUE 4: Alguma pessoa?

Investigador principal: Alguma pessoa juntamente consigo.

EUE 4: Como manequim?

Investigador principal: No fundo, fazer parte do cenário. Tem um manequim e alguma pessoa juntamente nesse cenário. Teve?

EUE 4: Não. Só tive um manequim, mas se calhar, se tivesse uma pessoa, seria um benefício para os alunos.

Investigador principal: Julga que seria um benefício?

EUE 4: Sim, para melhorar os conhecimentos.

Investigador principal: Nesse caso, não teve, pois não?

EUE 4: Não.

Investigador principal: Ok. Nesse caso, eu permitiria que fizesse aqui uma observação e dizer que, de que forma é que sentiu a confiança e o ambiente, e que se desenvolveu na sua experiência de simulação, a interação entre os intervenientes, como é que foi essa experiência?

EUE 4: Podia ter sido melhor, nós tentamos comunicar, mas a nível dos sons do boneco, da fala, mal se ouvia, por isso, a comunicação entre o manequim e o estudante era complicada e difícil de escutar, e também ficamos um pouco perdidos entre o grupo, a nível da organização. Por isso, a organização também não foi a melhor.

Investigador principal: Depois da prática da simulação clínica houve um momento do chamado debriefing, uma reunião após essa execução. Descreva-me, como é que se sentiu e contributos é que essa fase teve para a sua aprendizagem?

EUE 4: Então, depois da experiência, nós sentamos em grupo numa sala de reuniões e com o professor, realmente conseguimos tirar muitas ideias, o que foi bom, o que foi mal, eu acho que esse debriefing foi essencial para vermos os aspetos negativos, os aspetos positivos e também fazer reflexões, que eu acho que as reflexões também são muito importantes para os estudantes.

Investigador principal: Nesse caso, dizia, se fosse para identificar ganhos, isto é, o que é o motivo de ganho, com aquela experiência de simulação, o que é que nos diria?

EUE 4: Ganhei alguns conhecimentos, mas ganhei com os conhecimentos só daquele caso específico, porque existem muitos mais casos que pudessem acontecer, existe milhares de cenários. Ganhei alguns conhecimentos, mas podia ter ganho mais, podia ter aprofundado, talvez, com mais uma pessoa, talvez, mais um profissional de saúde.

Investigador principal: Então, nesse caso, como é que classifica os casos que foram abordados?

EUE 4: De zero a cinco?

Investigador principal: Não. Como é que classifica, isto é, em termos de opinião, se (pausa) foi dado alguns casos, falou-me aí na sua experiência. Qual é a sua opinião sobre os casos que foram abordados, em termos de enriquecimento para a sua aprendizagem?

EUE 4: Medianos. Medianos porque tivemos a ajuda do professor, senão eu não sei como é que seria.

Investigador principal: Como assim?

EUE 4: O professor também ajudava os alunos a conseguirem progredir no caso, ou seja, o professor foi um auxiliar, mas os alunos por si sós, sozinhos, não conseguiam o caso.

Investigador principal: Nesse caso, em termos de preparação para aquele cenário, havia essa dificuldade?

EUE 4: Tinha alguma dificuldade em manusear o caso.

Investigador principal: Pronto. Uma das áreas, também, que nós achamos importante desenvolver, a questão da investigação e da inovação, devido a experiência pedagógica da simulação clínica. Como é que foi? Nessa experiência que teve com a simulação clínica de enfermagem, houve espaço para debater uma cultura da prática simulada no ensino, a enfermagem, e o desenvolvimento de projetos e parcerias à volta da simulação clínica?

EUE 4: Não. Como a experiência foi muito rápida, nem sequer deu tempo de fazer esses aspetos.

Investigador principal: Pronto. Terminei então o questionário. Agradecer a experiência do estudante, perguntar se nesta fase tem alguma questão que queira colocar ou algum esclarecimento adicional que queira dizer, ou alguma questão que queira colocar?

EUE 4: Eu acho que este estudo podia ser importante para o futuro do centro de simulação, porque poderia haver alguns melhoramentos que não existem na atualidade. Talvez melhorar a qualidade do centro de simulação, talvez promover também mais profissionais para auxiliar os estudantes e mais práticas clínicas, talvez, por parte da escola, também acho que era importante.

Investigador principal: Muito bem. Agradecer o contributo seu para esta investigação. Volto a dizer, reiterar, que toda a informação que foi aqui vinculada será alvo de um tratamento sigiloso, será encriptado e alvo de destruição passados dois anos, e só será usado para fins de investigação e nunca será, em qualquer momento, utilizado em questões relacionadas com a divulgação daquilo que foi aqui dito. Agradecer ao estudante. Obrigado.

Transcrição da entrevista individual EUE 5 (duração 26 minutos)

Subcategorias	EUE 5
A1 - Género	Feminino
A2 - Idade	29
A3 - Contexto profissional	Estudante
A4 - Residência	Funchal
A5 – Percurso académico	Licenciada

Investigador principal: Muito bem, então, vamos iniciar esta entrevista, e agradecer no fundo a experiência da estudante em transmitir aqui o que pretende sobre o tema que foi desenvolvido, que será a simulação clínica. E gostaria de pedir que caracterizasse os seus dados demográficos, nomeadamente a idade, o género, as habilitações e a experiência que tem em simulação.

EUE 5: Então, eu sou licenciada em arte multimédia, tenho a licenciatura, neste momento sou estudante do quarto plano de enfermagem e já participei em algumas simulações clínicas. Tenho 29 anos.

Investigador principal: Então, diz que já experienciou a sua experiência em alguma simulação clínica. Na sua opinião, como é que descreve a simulação clínica em enfermagem?

EUE 5: É assim, a primeira que eu tive foi no segundo ano, tivemos duas, que foi em enfermagem, se não me engano, um e dois, acho que não, três e quatro. E cinco também, por acaso foi três até, mas uma foi ao mesmo tempo, porque foi com a mesma professora. Antes da simulação, nós nos sentimos assim um bocadinho preocupados, assim, ansiosos, porque é um momento de avaliação e nós temos toda uma preparação até essa simulação aqui, em práticas clínicas, mesmo na universidade. Por isso, para essa eu senti-me, assim, bem preparada, mas assim, um bocadinho ansiosa. Aquando da prática clínica, quando aconteceu, é um bocadinho enervante, porque estamos lá a ser avaliados, e depois, dependendo da situação, pode correr muito bem, pode correr mal, mas pronto.

Investigador principal: No fundo também, dentro da simulação clínica, existem vários ambientes. Que tipos de ambientes, como é que descreve o ambiente da simulação clínica? Como é que descreve aquele momento onde esteve a experienciar essa experiência?

EUE 5: Assim, o ambiente acho que é propício à prática clínica, tudo bem preparado, já mesmo para nós, com todos os materiais necessários, o manequim seja qual for necessário (pausa) até também tivemos no terceiro ano, tivemos em todos os anos, então (pausa) seja qual for a área de enfermagem, temos lá sempre o enfermeiro e a professora a nos apoiar e, pronto, e a prática clínica em si é muito interativa, por isso acho que ajuda bastante o estudante a perceber mais um bocadinho, assim, principalmente no segundo ano quando ainda não entramos na prática mesmo dos estágios em si, porque fazemos esta primeira simulação antes da prática clínica nos estágios, no campo. Então, de certa forma, está bem preparado, tem todos os materiais necessários e é guiada, de certa forma, pelo enfermeiro, de maneira que o estudante consiga responder às questões e responder à situação, ao caso clínico no caso, de maneira a demonstrar os seus conhecimentos.

Investigador principal: Falou dos simuladores. Teve experiência com esse simulador? Como é que os descreve?

EUE 5: De certa forma são realistas, mais realistas do que os que temos cá na Universidade da Madeira, porque eles reagem, estão todos ligados, assim, a uma máquina (pausa) uma máquina (risos) não sei como é, mas prontos, lá às tecnologias, e o enfermeiro está por trás a controlar, por exemplo, os sinais vitais, no caso, do utente, ou seja, a se fazer de utente, em todas as situações muitos deles respondem, ou seja, ou é mesmo um enfermeiro a falar por ele e nós então conseguimos ter uma reação, assim, um bocadinho mais real, entre aspas. Mas sim, conforme os dados que o enfermeiro vai colocar lá no computador, nós temos que reagir a essa situação, terminar a situação.

Investigador principal: Considera que a simulação clínica e esse ambiente de simulação clínica é inovador? O que é que considera de inovação? Justifique.

EUE 5: Assim, não sei também comparar como era antes, mas pela minha experiência, que foi desde prontos, já há três anos que tenho feito todos os anos uma simulação, tem sido, acho que bastante inovadora, porque como já disse, é muito parecido (pausa) não é muito parecido à realidade, mas pronto, dentro dos possíveis, conseguimos simular alguns casos

que acontecem na realidade, de forma que nós consigamos agir como futuros enfermeiros e nos preparar, também, para a prática clínica. Por isso, acho que dessa forma, acho que é bastante inovador, porque nos (pausa) assim, nos permite uma interação mais (pausa) em vez de ser um boneco inanimado, conseguimos interagir conforme o robô, entre aspas, vai interagindo connosco, também.

Investigador principal: Nesse caso, consegue fazer uma comparação entre a simulação que é desenvolvida no laboratório e, por exemplo, nas práticas laboratoriais da universidade?

EUE 5: Sim, nos laboratórios nós temos, também, os manequins, mas eles não falam, não (pausa) pronto, simplesmente são objetos inanimados. Nós conseguimos interagir, por exemplo, relembrando o segundo ano que treinamos a inserção de sondas nasogástrica ou até mesmo troca dos sacos de colostomia, também conseguimos simular isso aqui. O que mais? É mais nisso, nas sondas, depois para dar o banho e prontos, era mais isso que fazíamos no segundo ano. No terceiro ano, que já é a parte da obstetrícia, temos também os bebês cá, mas pronto, é mais para simular também o primeiro banho e isso tudo, e as grávidas, também temos. Conseguimos ver tudo, simular um pouco. Por exemplo, o porte, a professora explica como é que acontece, conseguimos visualizar. Agora, na simulação do hospital, já temos, assim (pausa).

Investigador principal: Do laboratório, neste caso.

EUE 5: Do laboratório. Pronto, é diferente porque, como já disse, eles conseguem responder, principalmente na parte do doente mesmo, seja o doente crítico, que também tivemos este ano, também conseguimos agir conforme o comando de quem diz. Agora, na parte da obstetrícia, que foi do ano passado, sinto que houve menos (pausa) ao menos essa interação de (pausa) porque nós simplesmente vimos também com o manequim, como aqui na universidade.

Investigador principal: Nesse caso, então, sabe que nesses ambientes de simulação podemos dizer que existem chamadas práticas educativas, que é a forma como nós implementamos as estratégias pedagógicas para que o aluno consiga atingir uma aprendizagem. Que práticas sentiu que teve nessa simulação clínica?

EUE 5: Em relação a cada (pausa).

Investigador principal: Em relação à forma como a estratégia que foi adotada, por parte da simulação clínica, para que o aluno consiga atingir a aprendizagem.

EUE 5: É assim, dependendo de cada situação clínica, todas são diferentes claro. No segundo ano, no caso, tivemos essa parte mais do doente não tão agudo, do doente crónico, mas sim, por parte da instituição, entre aspas, acho que o que eles nos facultaram foi mesmo esta simulação o mais real possível, de maneira que nós consigamos agir e atuar naquele momento, e de maneira a ver se conseguimos mesmo, sei lá, falando num caso de AVC, o que é que fazemos nesse caso, ele dá-nos os dados, e conforme os sinais vitais ou mesmo a reação do robô, como é que nós reagiríamos.

Investigador principal: Ok. Nessa vertente que fala aí, do estudo, existem algumas situações que os estudantes trabalham, à priori, antes de ir para a simulação, e gostaria de perguntar a sua opinião. Como é que sente que os estudantes (pausa) se estão preparados para desenvolver essa experiência de aprendizagem na simulação clínica? Como é que eles estão em termos de preparação para essa experiência? Perspetiva que seja de aprendizagem efetiva.

EUE 5: Então, na primeira simulação nós tivemos todo (pausa) previamente, tivemos os casos, se não me engano (pausa) não foram os casos, foi mesmo dizer, as pessoas disseram, 'você vão estudar sobre AVC e no caso de', (pausa) se não estou em engano, que isto agora já passou um bom tempo, foi (pausa).

Investigador principal: DPOC.

EUE 5: Foi DPOC. Obrigada. Então, as professoras nos avisaram que tínhamos que saber tudo sobre isso, antes do caso, tudo sobre o AVC, sobre o DPOC, sobre quais são os cuidados com que o enfermeiro tem que ter, como é que reagimos, conforme cada situação que o utente vai demonstrar. Então, nós preparamos, ou supostamente devíamos preparar, não é? E depois chegamos lá e é um caso, assim, aleatório feito pelos professores.

Investigador principal: Mas sentiu-se preparada para isso?

EUE 5: É assim, no segundo ano eu senti-me mais preparada do que nos outros anos, vou ser sincera, porque, não sei se é por isso, mas eu acho que nós tivemos muitas mais práticas, acho que isso ajuda bastante para depois fazer então a simulação, é ter uma boa

quantidade de práticas e mesmo fazer (pausa) não é só dar a matéria, assim, teórica, eu acho que a prática mesmo, nós estarmos lá com os utentes e simular, de certa forma, a simulação, ajuda bastante a ficarmos mais bem preparados para essa simulação, o que não aconteceu assim tanto no terceiro ano, a parte da obstetrícia nós não tivemos assim, mas pronto, também não (pausa) é diferente, são casos diferentes. Mas acho que devíamos estar mais bem preparados no segundo ano e também no quarto ano, na prática do doente crítico. Eu pelo menos senti que fui para lá, assim, um bocadinho perdida. Eu sabia que tinha que saber o ABCDE e saber os primeiros socorros, mas não sabia em concreto qual seria o caso, se seria um politraumatizado ou etc. Como tivemos o AVC, DPOC, pronto, já sabíamos que ia ser um dos dois, e sabíamos o que é que íamos fazer. Agora, neste, é um mundo, o doente crítico e não sabíamos, assim, ao certo. E não tivemos, também, tantas práticas. Eu acho que precisávamos de mais práticas.

Investigador principal: Ok. Não sei se (pausa) existem vários modelos para que falem da simulação. Conhece algum modelo?

EUE 5: Não.

Investigador principal: Nesse caso, desenvolveu a simulação clínica sem ter suporte de um modelo, certo?

EUE 5: Sim.

Investigador principal: É que eu ia perguntar que modelo utiliza na sua prática de simulação clínica. No fundo, a prática de simulação clínica foi desenvolvida sem ser suportada por um modelo, certo?

EUE 5: Só se eu estou esquecida (risos), mas eu acho que não, acho que não foi falado em modelos.

Investigador principal: Atendendo ao perfil dos profissionais de saúde, o que já começa a ter uma ideia, nomeadamente no desenvolvimento de competências que sejam capazes para resolver problemas. Na sua opinião, como é que acha que a simulação clínica poderá ser uma mais-valia para a aprendizagem dos estudantes neste desenvolvimento de competências como futuros profissionais? Isto é, será que a simulação clínica, aquelas experiências que se tem, ajuda a tornar melhores profissionais no futuro?

EUE 5: Sim. Eu acho que sim, porque, de certa forma prepara-nos um bocadinho. Assim, não é real, não é como a situação real, porque é tudo bem controlado, é controlado pelo enfermeiro, todos os parâmetros que eles querem são demonstrados pelo robô, e assim é uma coisa mais controlada e claro que não é uma pessoa real, vai ser sempre diferente das pessoas reais, porque acontece sempre muitos imprevistos, pela minha experiência até agora. Mas sim, acho que nos prepara bastante bem, pondo em questão os nossos conhecimentos como estudantes, e assim também já temos mais uma ideia do que é que podemos vir a encontrar na nossa prática clínica.

Investigador principal: Uma das situações que se fala hoje em dia, nos paradigmas dos estudantes, é chamar o estudante para ter um processo mais ativo na simulação, isto é, fazer com que o estudante sinta de que forma que também possa trazer exemplos, de trazer as suas experiências ou expetativas que se possam ser simuladas para também produzir a sua aprendizagem. Como é que viveu este processo na simulação clínica, atendendo a esta sua chamada de estudante para participar também na simulação, isto é, na construção da simulação?

EUE 5: Assim, todas as práticas clínicas que eu fiz, e os meus colegas também, foi muito, assim, aluno e exame, quase. Ou seja, não tivemos muito uma interação mais de aprendizagem. Eu acho que, se calhar, pegando por aí, podia ser uma coisa mais, eu não digo relaxada, mas mais tranquila, porque eu acho que isso ajuda também os estudantes a manterem a calma, porque é realmente uma coisa que nos põe, assim, um bocadinho preocupados. 'Será que vou fazer bem? Será que não vou?' E assim, é um bocadinho frio, eu acho, é um bocadinho separado o estudante do profissional e do professor, e é visto mesmo como uma avaliação, e então eu acho que isso põe uma barreira nessa parte da interação, eu acho que os estudantes não têm muita oportunidade. Temos a oportunidade de interagir, de mostrar os nossos conhecimentos, quando temos que agir determinada a situação do caso, mas eu acho que podia ser um bocadinho mais, não sei dizer outra palavra, mas prontos, relaxado do ponto de vista em que o estudante podia se sentir mais à vontade em perguntar mais questões ao enfermeiro, no caso, ou o profissional de saúde que esteja logo connosco, ou até à professora, e não ser visto, assim, eu acho que é visto um bocadinho, como é visto como uma avaliação, então se o estudante perguntar alguma coisa ou se tiver alguma dúvida, é visto como, 'não estudastes tanto'. Pronto, eu acho que devíamos quebrar um bocadinho mais o gelo para não ser um momento só de avaliação, e

sim mais de aprendizagem, assim nós aprendemos com isso, mas eu acho que, se essa barreira fosse baixada e tipo, se conseguíssemos interagir mais com o professor, porque sentimos que estamos lá, temos o caso à frente, temos a pessoa e depois podemos ter ou não o enfermeiro conosco, e então essa barreira é posta quando simplesmente estamos lá e estamos a reagir só com o que o utente está a dizer, e não há assim um (pausa) é assim, também tem a situação do tempo, acho que tem aquele tempo que eles têm que, pronto, tipo meia hora para cada grupo, no caso é grupo, só o estudante. Mas pronto, acho que sim, acho que devia de haver mais uma interação entre as duas partes.

Investigador principal: Ok. Nas fases da simulação existe uma fase que é o *prebriefing*, conhece o *prebriefing*? Teve essa experiência? De que forma é que ele ajudou?

EUE 5: Assim, o *prebriefing*, pela minha experiência, é uma coisa muito rápida, que eu acho que (pausa) pronto, é quando chegamos lá, o enfermeiro diz o que é que vai acontecer, como é que funciona e de certa forma, como é que podemos interagir, e depois diz o qual é o material que existe, e isso tudo É esse o *prebriefing* que nós tivemos.

Investigador principal: Das fases também que existem, existe a fase do *briefing*. Conhece? E que benefícios é que teve para a sua prática simulada?

EUE 5: Do *briefing*?

Investigador principal: Existe o *prebriefing*, existe o *briefing* e existe o *debriefing*. São três fases.

EUE 5: O *briefing* é durante, certo?

Investigador principal: O *briefing* é antes, o *prebriefing* é uma fase antes do *briefing*.

EUE 5: Ah, então não houve essa fase. Essa fase (pausa) ah, mas é que há nas aulas, penso que isso seja mais por aí, então. Então o *briefing* é aquele que estava a dizer, sim.

Investigador principal: Aquele que falou há pouco.

EUE 5: O *prebriefing* é quando a professora explica o que é que vai se passar.

Investigador principal: No fundo, também, nesse caso, então, considerando a sua experiência, e sabendo a importância que ela tem nos seus intervenientes, nomeadamente a preparação do caso clínico, acha que os estudantes devem ter um papel ativo nesse projeto, nessa elaboração? Teve esse papel?

EUE 5: Do caso clínico em si?

Investigador principal: Da elaboração do caso clínico.

EUE 5: Não, é mais (pausa) pelo menos, pela minha experiência, foi mesmo uma surpresa para nós, dizendo por palavras mais baratas, porque chegamos lá e só sabemos do caso mesmo na hora.

Investigador principal: Nesse caso, então, não teve (pausa) na sua experiência, o conceito de participante simulado, isto é, ter uma pessoa também na experiência de simulação, que teve, houve alguém que fosse participante simulado, na experiência de simulação?

EUE 5: A pessoa em si?

Investigador principal: Pessoa em si.

EUE 5: Não.

Investigador principal: Foi só com manequins, não é?

EUE 5: Sim. Tínhamos lá enfermeiro, também, mas era mesmo só para, de certa forma, supervisionar.

Investigador principal: Depois da simulação, depois da prática, há o desenvolvimento para o chamado debriefing. Como é que descreve esse momento, em termos de aprendizagem?

EUE 5: (risos) É assim, pela minha experiência, eu lembro-me mais foi do segundo ano, acho que foi o ano tivemos mais simulações. A minha experiência foi um bocadinho assustadora, porque, como era visto como uma avaliação, supostamente quando não corre tão bem, levamos, assim, uma abordagem da professora. Eu lembro-me que fiquei ainda mais nervosa, porque ainda não tinha estado na prática clínica, na prática dos estágios, no

campo. Mas pronto, também nos ajuda a ver em que é que podemos melhorar, mas sim, eu acho que deve de ser feito (pausa) assim, os professores também tentem perceber que foi a primeira prática clínica, entre aspas, a primeira simulação, e vai ser a nossa primeira prática clínica, e tentar ver ou pelo menos falar mais dos pontos mais fortes, eu acho que era importante para o estudante ficar mais contente com a sua prática, porque realmente a primeira vez foi um bocadinho, assim, um choque para mim, eu digo, porque apesar de nós termos tido (pausa) acho que tivemos uma boa resolução do caso e tudo, e foi um bocadinho, assim, eu não sei explicar.

Investigador principal: Ok, sentiu-se um pedacinho constrangida?

EUE 5: Sim, um pouco.

Investigador principal: Nesse caso, se for para dizer um ganho dessa experiência, da simulação clínica, o que é que dizia?

EUE 5: Da simulação em geral?

Investigador principal: Sim.

EUE 5: O ganho foi mesmo ter esse primeiro contacto mais real do que o que nós tínhamos cá na Universidade da Madeira, um bocadinho mais perto da realidade dos utentes e sim, mas por aí, por ter essa oportunidade de interagir com essa tecnologia, que é os robôs que temos (pausa) eu digo roubos, mas pronto, é uma simulação de voz e interação das máquinas de lá, dos sinais vitais e isto tudo. Por isso é mais por aí, mais pela (pausa) pronto, o ponto de vista é mais parecido ou real.

Investigador principal: Nesse caso, só terminaria já, dizendo que, como classificava, então, os casos clínicos apresentados?

EUE 5: Em retrospectiva, nunca eles são (pausa) assim, falta sempre qualquer coisa em relação à realidade, claro, porque uma pessoa é uma pessoa e nos casos clínicos nós temos lá os dados e temos as reações dos manequins, mas na prática clínica claro que é diferente porque, assim, na simulação do AVC, aquela pessoa tem AVC, mas é só o AVC que está a ser demonstrado ali. Na prática clínica temos uma pessoa que tem o AVC, mas pode ter outros problemas por trás, que temos que também ter em atenção, em concordância com o

AVC ou DPOC também, a pessoa com DPOC pode ter tido AVC ou pode ter os dois juntos. Acho que, pronto, é só isso, é mais (pausa) é só uma parte de um caso.

Investigador principal: Terminando, e a última pergunta mesmo. Fala-se muito no meio acadêmico, na importância da investigação e da inovação, principalmente neste caso da simulação clínica. Nessa experiência que teve com a simulação clínica em sala de aulas, em laboratórios, foram abordados projetos, parcerias e estudos que sejam desenvolvidos em volta da simulação clínica?

EUE 5: Em volta da simulação clínica, não.

Investigador principal: Nesse caso, então, tinha este espaço, isto é a última questão mesmo que eu tinha para ser colocada, tinha este espaço para perguntar se queria questionar alguma pergunta, alguma dúvida que tenha surgido antes da entrevista, ou fazer algum comentário.

EUE 5: Sim, em relação aos modelos de simulação, que realmente desconhecia (risos).

Investigador principal: No fundo é um dado importante.

EUE 5: Se calhar, ajudaria mais, se soubéssemos algum modelo.

Investigador principal: Existe alguns modelos, mas depois, entretanto, podemos já falar sobre isso. Terminaria já a entrevista, agradecendo a sua disponibilidade e o seu precioso contributo, e principalmente garantir mais uma vez que tudo aqui que foi dito será confidencial, a entrevista será encriptada e haveremos, também, tudo isto será, no fundo, tido com sigilo e agradecer a sua disponibilidade. Muito obrigado pela sua apresentação.

Transcrição da entrevista individual EUE 6 (duração 11 minutos)

Subcategorias	EUE 6
A1 - Género	Feminino
A2 - Idade	23
A3 - Contexto profissional	Estudante
A4 - Residência	Funchal
A5 – Percurso académico	12º ano

Investigador principal: Ok. Então, agradecer a disponibilidade para participar no estudo, a estudante, e começaria por perguntar qual a sua opinião sobre a simulação clínica?

EUE 6: Acho que é importante, especialmente para nós que vamos agora ter o primeiro estágio, é importante ter uma noção mais ou menos de como é que vamos ter que agir no estágio, embora sejam manequins, dá para a gente ter uma ideia mais ou menos de como é que funcionam as salas, a disposição das salas, o que é que temos que fazer.

Investigador principal: Ora bem. Fez simulação clínica? Conhece vários ambientes onde a simulação clínica se desenvolve ou só conhece o ambiente de aprendizagem na escola?

EUE 6: Só da escola.

Investigador principal: Bom, falou-me aí de simuladores, ou melhor, manequins que são simuladores. Qual é a sua opinião sobre eles?

EUE 6: “Sobre os que estão no centro de simulação, acho que são bastante completos, até porque interagem artificialmente, respiram e são parecidos a um ser humano, diferente dos do meio académico”.

Investigador principal: Considera que a simulação clínica é um ambiente para aprender, inovador?

EUE 6: Sim.

Investigador principal: E porquê que diz isso?

EUE 6: Porque é uma forma de nós termos uma perceção das experiências sem estarmos propriamente a usar as pessoas nas práticas. Por exemplo, se fosse feito com pessoas verdadeiras era mal, porque nós íamos estar a usar pessoas como cobaias e com os manequins se nós fizermos algum erro não estamos a prejudicar os manequins, propriamente.

Investigador principal: Em relação à simulação que se faz no laboratório de simulação clínica e no meio académico, qual a sua opinião sobre os dois ambientes?

EUE 6: Acho que do meio académico devia de falar mais parecido ao do centro de simulação que nós fomos no hospital.

Investigador principal: Quando diz que é mais parecido, quais são as dificuldades que sente no meio académico que não sentiu na simulação clínica?

EUE 6: Pelo menos, quando eu estou a fazer alguma coisa e não sinto que seja tão real, como no centro de simulação.

Investigador principal: Conhece alguma prática educativa que seja desenvolvida na simulação clínica? E destacaria alguma?

EUE 6: Não.

Investigador principal: De uma maneira geral, qual é a sua opinião sobre a preparação dos estudantes para ir para a simulação? Como estudante, estava preparada?

EUE 6: Acho que não (risos). Agora, acho que ainda não, mas talvez antes do estágio com a orientação do orientador do estágio, talvez eu vou me sentir mais preparada. Mas agora eu estou meia (pausa) não sei propriamente o que é que eu vou lá fazer.

Investigador principal: Que modelo de simulação clínica é que foi desenvolvido na prática? Usou algum modelo teórico que fundamentou a sua simulação clínica? Conhece algum modelo?

EUE 6: Usei só os apontamentos que eu tinha.

Investigador principal: Atendendo ao perfil dos profissionais de saúde, que é desenvolver competências de forma a serem pessoas profissionais, qual é a sua opinião sobre a simulação clínica para preparar para futuros profissionais?

EUE 6: Acho que é importante, porque, como eu já disse, dá-nos uma perspetiva mais próxima da realidade.

Investigador principal: Ok. Nós sabemos como é que a simulação clínica é desenvolvida. Qual é a sua opinião sobre o papel do estudante nessa simulação? Neste momento o estudante vai, no fundo, resolver um caso que é fornecido pelo centro de simulação clínica, mas qual a sua opinião do estudante também participar nas outras fases da simulação, nomeadamente, por exemplo, para a preparação dos casos?

EUE 6: Acho que, se calhar, também era importante, por exemplo, participarmos no planeamento dos casos para que, por exemplo, se fossemos nós a darmos ideias de casos, se calhar também era uma maneira de a gente perceber quais são os dados que a gente tem que ter em um caso.

Investigador principal: Na sua prática, houve a oportunidade de desenvolver a fase do *prebriefing*, isto é, uma fase onde conheciam as instalações, uma fase que conhecia toda a dinâmica que ia ser antes do caso propriamente dito?

EUE 6: Sim.

Investigador principal: Que importância atribuiu a essa fase?

EUE 6: É importante para conhecermos o espaço e sabermos como é que ele funciona.

Investigador principal: E houve esse envolvimento da parte do estudante?

EUE 6: Sim.

Investigador principal: Muito bem. Em relação à fase antes do caso, existe a fase do briefing, onde é apresentado o caso. Qual é a sua opinião sobre essa fase?

EUE 6: Também acho que é importante porque, assim, a gente antes propriamente de chegar à parte da simulação, a gente já vai pensando o que é que temos que fazer quando chegarmos lá.

Investigador principal: Dentro da preparação da simulação clínica houve vários intervenientes no processo? Consegue identificar quem foram os intervenientes que tiveram associados?

EUE 6: Como assim?

Investigador principal: Por exemplo, teve um enfermeiro, teve o professor, teve o estudante, teve os seus acompanhantes, também estudantes. Como é que me fala, qual é a sua opinião sobre o ambiente que se gerou ali e a relação de confiança e o envolvimento? Como é que foi essa experiência entre todos os intervenientes?

EUE 6: Acho que como equipa, nós somos um pouco (pausa) como era a primeira vez, nós não sabíamos muito bem o que é que íamos fazer, a gente estava um bocado nervosos. Como era a primeira vez, também, nem queríamos falhar, mas depois quando chegamos propriamente à sala de simulação, a professora, tendo em conta que era a primeira vez, orientou-nos dando algumas orientações que, se calhar, das próximas vezes, já não vai dar.

Investigador principal: Dentro desses intervenientes, muitas vezes há a possibilidade de ter um participante simulado, isto é, alguém que se faça de outro profissional ou de familiar do utente que está a ser alvo de simulação, ou outro doente. Houve um participante simulado na sua simulação clínica?

EUE 6: Sim.

Investigador principal: E como é que foi a experiência com esse participante simulado?

EUE 6: Foi interessante, porque as vezes nós ficamos só no doente, mas esquecemo-nos, por exemplo, da família ou dos acompanhantes do doente, que também temos que prestar os cuidados tendo atenção aos familiares.

Investigador principal: Depois da prática, depois da execução prática, houve espaço para um debriefing, uma reunião final onde se faz uma enumeração. Descreva-me essa experiência, como é que foi esse debriefing? E o que é que entende por debriefing?

EUE 6: Neste caso, a professora deu-nos o nosso feedback, como é que tinha corrido mais ou menos, e depois fizemos diagnósticos, intervenções, e os registos de informática.

Investigador principal: Qual é a sua opinião sobre os resultados que obteve com essa experiência de simulação? Como é que era antes da simulação e depois? Que resultados é que obteve?

EUE 6: “Antes, se calhar, havia coisas que quando estava a pensar teoricamente não fazia sentido na prática, agora depois da SCeE já sei que na prática clínica vou ter que chegar lá e vou ter que fazer o que na teoria não pensava que havia determinadas coisas que eu ia ter que fazer”.

Investigador principal: Ok. Como classifica os casos que foram desenvolvidos lá?

EUE 6: Acho que eram apropriados, tendo em conta o grau académico que nos encontrarmos e, embora houve lá uma parte que nós, se tivéssemos uma dúvida, a professora esclarecia, por isso acho que eram adequados.

Investigador principal: Nós já estamos a terminar, eu preciso de perguntar só duas questões, que é relacionado com, durante esse trabalho que houve, houve espaço para debater com todos os intervenientes uma cultura de prática simulada no ensino de enfermagem, debater esse tema? E se houve ou não parcerias e estudos de investigação, falaram sobre estudos de investigação e parcerias que podem ser desenvolvidas na área de simulação clínica?

EUE 6: Não me lembro.

Investigador principal: Terminaria a entrevista dizendo se quer colocar alguma questão ou alguma dúvida que queira colocar nesta fase?

EUE 6: Não.

Investigador principal: Terminaria a entrevista agradecendo, mais uma vez, a disponibilidade.

Transcrição da entrevista individual EUE 7 (duração 16 minutos)

Subcategorias	EUE 7
A1 - Género	Feminino
A2 - Idade	22
A3 - Contexto profissional	Estudante
A4 - Residência	Funchal
A5 – Percurso académico	12º ano

Investigador principal: Muito bom dia, então. Eu iniciaria a entrevista com a devida autorização e consentimento, e começava por perguntar à estudante como é que descreve a simulação clínica em enfermagem?

EUE 7: Descrevo como uma parte bastante importante no nosso ensino, acho que é importante não só termos a teórica, como também termos algum preparo à nível prático, porque acho que isto também é visto quando vamos para as salas, temos vários colegas que até têm bastantes conhecimentos à nível teórico, mas têm um pedacinho mais de dificuldade à nível prático e acho que tem uma preparação antes de efetivamente irmos para os campos de estágio, é importante.

Investigador principal: Muito bem. E conhece vários ambientes ou locais onde se pode fazer simulação clínica?

EUE 7: Eu sei que há a universidade e o centro de simulação.

Investigador principal: Sabe que na simulação clínica usamos manequins ou simuladores. O que é que acha? Qual a sua opinião sobre os simuladores que são usados em simulação clínica?

EUE 7: A nível da universidade, sei que está aplicado à realidade dentro do estudo da universidade, mas acho que efetivamente era uma área que devia ter um maior investimento, porque nós temos práticas clínicas aqui na universidade, mas é muito à base do imaginário, ou então o professor explica e nós supomos que fazemos. A prática efetiva

é muito pouca, e acho que pensar no que vamos fazer e efetivamente fazer, tem um impacto diferente. A nível do centro de simulação, eu acho que estão bastante adequados e acho que temos de ter mais possibilidade de ir lá mais vezes, e não ir só uma vez por ano, e a vez que vamos é a avaliação. Deixa-nos um pedacinho mais nervosos, porque não estamos tão à vontade, e acho que não aproveitamos como devia ser aproveitado.

Investigador principal: Qual é a sua opinião em relação ao facto de a simulação clínica ser inovadora? Acha que é inovadora, na sua opinião?

EUE 7: Acho.

Investigador principal: E quando diz que é inovadora, o que é que refere?

EUE 7: Assim, eu acho que a simulação clínica tem tudo, não só para nós alunos, como também para os próprios profissionais que já estão formados. Acho que é importante, de vez em quando, irem e treinarem, porque há sempre coisas que podemos melhorar.

Investigador principal: Mas quando se fala na questão de ser inovador, o que é que lhe vem ao pensamento? É inovador, porquê?

EUE 7: A tecnologia, o facto de termos agora manequins que falam, reagem, dá uma outra realidade à simulação, e acho que é mais nesse sentido que é inovador.

Investigador principal: Quando se fala em inovador, também, como é que o estudante é envolvido nessa simulação? Qual é o papel que tem? Acha que é um papel de construção, um papel também de programar essa simulação ou é um papel só de realizar aquilo que é programado pelos outros? Qual a sua opinião sobre isto?

EUE 7: Neste momento, acho que é só realizado e programado pelos outros. Nós chegamos lá e fazemos o que é proposto, não nos é dada informação do que é que vai acontecer. Vamos ao centro de simulação, no âmbito de uma unidade curricular”. Nós temos que nos preparar um pedacinho para tudo que possa vir, a programação já está feita, chegamos lá e fazemos. Mas acho que também seria interessante termos dias em que possamos sugerir uma programação ou um cenário, para também podermos, em conversação com os professores, expor quais as situações que nós estamos mais inseguros

e podermos treinar essas partes também, não só o que os professores propõem, mas também o que é que os alunos sentem dificuldade e que sentem mais necessidade de tentarem treinar.

Investigador principal: Na sua opinião, como é que sente que está a preparação dos estudantes para a simulação clínica?

EUE 7: Como eu já tinha referido, acho que é uma área que precisa de ser um pedacinho (pausa) ter um maior investimento, eu acho que devíamos ir mais vezes ao centro de simulação, não só em momentos de avaliação, mas também como treinos, por exemplo. Em vez de fazermos tantas práticas clínicas aqui na universidade, tentar conciliar um pouco e fazer mais vezes no centro de simulação e menos vezes aqui. Já que temos um centro de simulação, por que não aproveitar mais, do que só ir uma vez por ano?

Investigador principal: Conhece algum modelo de simulação clínica?

EUE 7: Acho que não.

Investigador principal: Atendendo aquilo que se desenvolve na simulação clínica, acha que ela consegue preparar os estudantes como futuros profissionais?

EUE 7: Sim.

Investigador principal: Atendendo à tão ambicionada mudança de paradigma, que é colocar o estudante no centro da aprendizagem, qual a sua opinião sobre esta premissa? Que é, também fazer com que o estudante (pausa) acha que é importante que o estudante tenha um papel na construção dos cenários, em colocar as suas experiências também para ser alvo de simulação? Fundamente.

EUE 7: Sim, acho que sim. Acho que isso também já nos é um pouco inculcado a nível da parte teórica, em sermos nós a procurar o nosso conhecimento, não ser tudo dado e ir procurar mais conhecimento, mais probabilidades e acho que também fazermos parte da criação dos cenários, também faz parte e é importante para o aluno estar no centro da criação do seu conhecimento. Como já tinha dito, não só os cenários que o professor nos propõe, mas também haver uma parceria entre o aluno e os professores, e não ser sempre todos os anos os mesmos cenários, também ir variando.

Investigador principal: Nesse caso, a simulação clínica que fez, identifique o contexto.

EUE 7: As simulações que já fiz?

Investigador principal: Sim.

EUE 7: Fizemos a simulação de um parto, simulação de um pós-operatório, simulação do doente crítico, e acho que não estou esquecendo de mais nenhuma.

Investigador principal: Nesse caso, foi tudo em contexto de experiência de estudante, para desenvolverem aprendizagem, foi isso?

EUE 7: Sim.

Investigador principal: Muito bem. Na prática, na fase da simulação, existem várias fases. Existe uma fase que é o chamado pré-briefing, que é antes de entrar para o cenário. Qual a sua opinião sobre essa fase, foi realizada? E se sim, qual é a sua opinião?

EUE 7: Assim, de uma forma ou de outra foi realizado entre nós, alunos, quando estamos a discutir o que é que pode vir, poderemos responder qual a melhor forma de agir. Com os professores, que eu me recorde, posso estar em erro, mas que eu me recorde, acho que não aconteceu o pré. Chegamos, entramos e (pausa).

Investigador principal: Então teve o primeiro contacto com o centro de simulação clínica quando esteve na prática propriamente dita? Não visitou o centro antes de ir para a prática?

EUE 7: Não.

Investigador principal: Também uma das fases que se fala é a fase de apresentar o caso, que é o chamado briefing. Qual a sua opinião sobre esta frase e como é que foi para a sua aprendizagem?

EUE 7: Efetivamente, aconteceu. O que eu tinha dito é que achava que podia ser feito antes de irmos para o centro de simulação, termos uma noção de qual é o caso que nos vai ser dado, para também podermos conseguir ter algum tipo de preparação mínima para

conseguirmos reagir dentro do tempo útil, porque acho que também prestar cuidados em tempo útil é uma das nossas premissas a nível da enfermagem. É um desafio para nós alunos, mas não estarmos preparados, custa-nos um pedacinho mais conseguir agir em tempo útil e também, acho que atingir as expectativas que os professores estão à espera.

Investigador principal: Na simulação, poderíamos usar também a figura do participante simulado, isto é, ter alguém que se faça de utente, se faça de profissional ou se faça de familiar da pessoa que está a ser alvo de intervenção, ou que faça outra figura qualquer. Teve essa experiência na simulação ou foi só com manequim?

EUE 7: Tivemos, tanto entre colegas, como com professores. Quando estamos analisando as práticas clínicas, nem todos os colegas tiveram a mesma prova prática. Por exemplo, uma das minhas provas práticas para a avaliação foi fazer uma ligadura num pé, por acaso foi a professora que simulou a suposta cliente.

Investigador principal: Mas como familiar, um familiar estar associado à simulação, teve essa experiência?

EUE 7: Com colegas de turma, sim.

Investigador principal: E como é que foi? Como é que descreve o contributo desses participantes simulados para a sua aprendizagem?

EUE 7: Assim, é importante para também (pausa) porque nunca sabemos o que é que o outro colega vai decidir fazer ou não, mas acho que não levamos tão a sério por também ser colegas de turma. Ponto, entra ali num ar mais de brincadeira. Acho que faz parte, também.

Investigador principal: Nesse caso, então, sente que faltava, por exemplo, ter um contexto mais real?

EUE 7: Sim.

Investigador principal: No participante simulado que esteve a simular ser o familiar ou acompanhante?

EUE 7: Ou então, talvez, que seja mais imparcial.

Investigador principal: Na sua opinião, como é que foi o ambiente entre todos os intervenientes da simulação que estiveram lá?

EUE 7: Tive boas experiências, como também já tive experiências menos boas. Não digo más, porque nada é mau, acho que tudo faz parte para a nossa construção, e mesmo que haja críticas, acho que temos que levar como uma crítica construtiva e não como uma crítica para nos rebaixar. Mas sim, já tive experiências boas, em que fomos, efetivamente conseguimos atingir as expectativas que nos eram pedidas, saí de lá satisfeita com o que fiz, mas também já tive experiências de chegar, ficarmos um pedacinho bloqueados e não saber bem o que fazer. Foi-nos dado o que é que poderíamos melhorar, em situações que já era para nós termos um outro elemento, que se calhar não tínhamos, mas acho que faz parte.

Investigador principal: Mas como é que descreve, então, essa fase, essa relação entre os intervenientes? Como é que foi a relação? Sentiu-se inibida?

EUE 7: Eu acho que sentimos sempre um pedacinho de nervoso, porque é quando vamos em contexto de avaliação, conta para nota e acho que isso influencia um pouco conseguirmos estar mais à vontade. Acho que o facto de nós irmos e já sabermos que é para sermos avaliados, ficamos um pouco para trás, efetivamente o que podemos ou não podemos fazer, o que é que podemos dizer ou não dizer, acho que se tivéssemos algum dia disponível para irmos antes do efetivo dia que é a avaliação, acho que conseguíamos estar mais à vontade, porque sabemos que se errar (pausa). Errar faz parte, mas seja a nível de avaliação ou não.

Investigador principal: É quantificável, não é?

EUE 7: Sim, exato.

Investigador principal: Então, nesse caso, a partir do que me disse, sente a falta de ter havido uma experiência de prática antes dessa experiência de exame, porque a experiência que teve foi só praticamente para ser avaliada, não é?

EUE 7: Sim, exato.

Investigador principal: Depois, no fim, houve uma fase, que é a fase do debriefing, que é a reunião final. Como é que foi o sentimento? Descreva-me essa fase.

EUE 7: Para mim, acho que é a parte mais importante porque, pronto, quando estamos a realizar a simulação, não temos muito feedback se o que estamos a fazer, efetivamente, é o mais correto. Às vezes temos caminhos que não são o dito suposto, mas que acabam também por dar o mesmo resultado e depois do briefing chegamos a essa conclusão, que há vários caminhos e (pausa) depois também depende de pessoa para pessoa e da visão que nós temos sobre o cuidado a prestar. Eu acho que é importante, também, para reunir opiniões, pontos de vista do que é que podemos melhorar, o que é que é mais correto e o que é que é menos correto, acho que é importante.

Investigador principal: Que resultados é que teve? Que ganhos é que teve depois dessa experiência? Como é que é a estudante após essa experiência?

EUE 7: Uma estudante com mais experiências, mais preparada para a prática clínica. Se efetivamente aparecer um caso real, que eu já tenha praticado na simulação, é um caso que eu vou estar mais calma para intervir, vou estar mais preparada e vou sentir que vou estar mais integrada para conseguir reagir naquela situação, do que uma que eu nunca tenha vivenciado.

Investigador principal: Como classifica os casos que foram apresentados na experiência?

EUE 7: Acho que são casos adequados, pelo menos no âmbito da cadeira que fomos, acho eram adequados e até foram interessantes.

Investigador principal: Sabe que pode haver (pausa) uma das áreas importantes também é investir na investigação e na inovação da simulação clínica. Em algum momento foi falado sobre a importância de haver uma cultura da prática simulada no ensino de enfermagem?

EUE 7: Sim.

Investigador principal: Qual é a sua opinião sobre esta área?

EUE 7: Sempre nos foi dito que o curso não é só teórico, que o curso também tem a sua parte prática e que, até a nível da teoria, temos de estar presentes, não é um curso que possa ser feito só vindo às frequências e pronto. Acho que sempre foi incutido, termos a prática simulada, tanto aqui, como no centro de simulação. Também nos foi dito que o centro de simulação não é só para os alunos, os próprios profissionais vão e treinam. Acho que isso também é importante para não termos cá em mente que ' ah, ok, vou ao centro simulação porque estou a fazer a licenciatura', mas sim também é uma realidade que, se eu sentir necessidade que preciso de inovar ou melhorar em algum aspeto, enquanto profissional já no mercado de trabalho, posso sempre recorrer ao centro de simulação e treinar, porque me sinto mais insegura.

Investigador principal: Foi falado, também, em projetos e parcerias na área de investigação, que possam ser desenvolvidas na simulação clínica?

EUE 7: Assim, que tenham nos dito a nós acho que não, mas tenho ideia que, pelo menos a inteligência artificial, acho que vai começar a ser mais dedicado (risos). Eu acho que era um bom caminho.

Investigador principal: Muito bem. Eu terminaria a entrevista perguntando e questionando se queria colocar alguma questão ou falar sobre algum esclarecimento que quisesse ser aqui colocado?

EUE 7: Penso que não.

Investigador principal: Pronto. Agradecer a sua entrevista e garantir o anonimato.

Transcrição da entrevista individual EUE 8 (duração 18 minutos)

Subcategorias	EUE 8
A1 - Género	Feminino
A2 - Idade	46
A3 - Contexto profissional	Estudante
A4 - Residência	Funchal
A5 – Percurso académico	12º ano

Investigador principal: Muito bem. Então, eu agradeço a participação da entrevista da estudante e começaria por perguntar como é que vê, qual é a sua opinião sobre a simulação clínica em enfermagem?

EUE 8: A opinião que tenho é positiva, porque, para além de toda a teoria que nós temos e, sobretudo, durante este segundo ano que eu acho que é um bocado carregado a nível de horário e de parte teórica também. Eu acho que a prática, a simulação, acho que vem dar também um pouco de ar fresco a nossa aprendizagem. E, sobretudo, poder praticar aquilo que nós aprendemos na teoria, ainda que seja em contexto simulado e com manequins, acho que é muito positivo, é muito bom.

Investigador principal: Conhece os ambientes onde a simulação clínica se desenvolve, conhece vários ambientes ou não?

EUE 8: Pronto, nós temos aqui os laboratórios da enfermagem, aqui na Universidade da Madeira, que são dois, e também tive a oportunidade de conhecer o centro de simulação do Nélcio Mendonça, que fomos uma vez em equipas, portanto, é um local mais apetrechado, é mais completo.

Investigador principal: Ok. Dentro desse conceito, existe muito no laboratório de simulação clínica o uso de simuladores, isto é, manequins. Qual é a sua opinião sobre? Como é que descreve esses manequins?

EUE 8: Esses manequins, a mim, me causaram muita surpresa, porque eu, quando soube que íamos ao centro de simulação, é claro que formulei uma ideia hipotética na minha

cabeça do que poderia ser. Sabia que iria ter como se fosse mesmo uma sala de uma enfermaria, e que teria máquinas, mas os manequins a mim me causaram muita surpresa, porque por ignorância, fui eu que abordei o paciente, na minha equipa eu é que abordei o paciente, dei um primeiro passo, o manequim respondeu-me, portanto, eu achei isso espetacular, porque houve aquela interação, houve o feedback do paciente.

Investigador principal: Considera o ambiente de simulação clínica, de aprendizagem, inovador? Justifique.

EUE 8: O professor está a se referir só mesmo ao Nélcio Mendonça, ou também (pausa).

Investigador principal: Sim, Nélcio Mendonça. Se o ambiente de aprendizagem de simulação clínica, considera ele como inovador? E porquê é que diz que é inovador, se considera?

EUE 8: Eu considero inovador, até porque por questões de segurança, nós estudantes sabemos que devido à falta da prática, acho por bem, eu acho que é inovador no sentido que nós não praticamos diretamente em pessoas, ainda que estejamos com um tutor ou nosso orientador, que nós não vamos fazer coisas que não tão ainda à nossa capacidade de fazer ou de conhecimento. Eu acho que sim, eu acho que é inovador também a nível do equipamento que tinha. Sim, considero inovador.

Investigador principal: Como caracteriza a simulação clínica no laboratório de simulação e no meio académico? Como é a opinião sobre um e sobre o outro?

EUE 8: Portanto, no meio académico, refere-se aos laboratórios cá na universidade, e ao outro, para ver qual é a diferença. É assim, eu não vou falar de questões da Universidade da Madeira poder adquirir ou não, ou ter a capacidade ou não de adquirir mais materiais para os nossos laboratórios cá. Considero, sinceramente, que lá no Nélcio Mendonça tinha mais (pausa) tinha outros equipamentos diferentes, penso também que os docentes que deram as práticas, de tudo fizeram para trazer aquilo que poderia nos fazer falta ao nosso contacto com determinados equipamentos. Acho que aqui os laboratórios podiam estar mais bem equipados e, se calhar, termos manequins mais novos.

Investigador principal: Dentro da simulação clínica poderá desenvolver-se várias práticas educativas, conhece alguma que tenha se desenvolvido, destacaria alguma prática educativa?

EUE 8: A comunicação. Eu senti que a comunicação que eu tive com o paciente manequim, no centro de simulação, para mim, foi mais real do que com os manequins que tivemos cá. Portanto, a comunicação, quando nós vamos lá, nos abeiramos do paciente, manequim, acho que foi mais real no Nélcio Mendonça.

Investigador principal: Dentro da experiência que teve, de desenvolver a simulação clínica, sentiu-se preparada? Justifique a sua resposta.

EUE 8: É assim, pessoalmente, eu sinto que nunca estou sempre 100% preparada, mas estava bem preparada no sentido que eu considero que foi lecionada toda a teoria que foi requerida para aquela situação específica. Eu sabia para o que ia também, portanto, nesse sentido, foi uma boa (pausa) não sei se estou a fugir à pergunta.

Investigador principal: Está bem. Foi utilizado na sua simulação clínica algum modelo que suportasse a prática de simulação, algum modelo de simulação clínica?

EUE 8: Modelo de simulação? Desculpe.

Investigador principal: Existem vários modelos que estão descritos teoricamente.

EUE 8: Sim, Ok.

Investigador principal: Se utilizou algum modelo para desenvolver a prática de simulação?

EUE 8: Não consigo agora lembrar, mas sim, utilizei um modelo de (pausa) aí, eu não me lembro o nome da teórica.

Investigador principal: Nancy Roper. Ok, usou modelo de enfermagem. Nesse caso, só utilizou, então, um modelo de enfermagem?

EUE 8: Sim.

Investigador principal: Muito bem. Atendendo ao perfil de desenvolvimento de competências que a simulação está feita para resolver problemas, qual a sua opinião sobre a aprendizagem que os estudantes desenvolvem nesse ambiente?

EUE 8: É assim, eu senti que tinha que agir, e agir mesmo, portanto, houve uma situação no nosso caso em específico, em que nós não conhecíamos ou não nos lembrávamos de uma medicação em específico, e não pudemos administrar uma paciente. Portanto, a nossa orientadora no momento disse, 'você não conhece a medicação, não pode orientar', e isso para mim fez-me pensar mesmo, quer dizer, tens mesmo que estar aplicado, tens que perceber, tens que saber as coisas, porque senão não podes administrar uma medicação ao paciente e quem vai sofrer as consequências é o paciente, não é? E o paciente é sempre, para mim, o centro de tudo, no cuidado.

Investigador principal: Ok. Hoje fala-se muita na questão da mudança de paradigma, centrado no estudante, fazer com que o estudante esteja mais ativo e mais envolvido. Qual é a sua opinião sobre a envolvimento do estudante na simulação clínica?

EUE 8: Olhe, eu vou lhe dizer uma coisa, eu acho que é muito pouco tempo, muitas poucas horas de contacto com a prática, a simulação clínica, e senti que queria mais horas, se fosse possível mais vezes ter aquela experiência e eu acredito que, se o fosse possível, teria sido proporcionado pela escola aquilo aos alunos. Senti que queria mais, porque eu acho que é benéfico, é uma coisa nós estarmos a ter a teoria e o professor estar a transmitir a teoria, e outra coisa é nós estarmos realmente na prática. Eu acho que se no nosso curso houvesse mais horas de práticas e até começar mesmo já no primeiro ano, mais horas de contacto com a realidade, nem que fosse, pronto, nem que fosse num centro de simulação, começar já no primeiro ano.

Investigador principal: Nesta fase, conhece as várias fases da simulação clínica? Tem conhecimento teórico de como é que a simulação clínica se desenvolve? Usou algum modelo para a simulação clínica? Não usou?

EUE 8: Não, é assim, o modelo Nancy Roper.

Investigador principal: Sim, o modelo Nancy Roper é de enfermagem, mas na área de simulação não conhece nenhum modelo?

EUE 8: Não sei, acho que vou passar essa pergunta.

Investigador principal: Não há problema. Na questão das fases da simulação clínica, existe uma fase que é o prebriefing, que é uma fase onde o estudante é convidado a conhecer as instalações e conhecer uma série (pausa) antes do cenário propriamente dito. Tem uma opinião sobre esta fase? Foi experienciada?

EUE 8: É assim, nós chegamos ao hospital e, portanto, aguardamos, depois entramos logo para onde tinha a sala, foi nos dado o caso e depois fizemos o debriefing, no final.

Investigador principal: Provavelmente também, quando foi dado o caso (pausa).

EUE 8: Se calhar, questões de tempo, não sei.

Investigador principal: A altura do caso, foi apresentado o caso?

EUE 8: Foi apresentado o caso.

Investigador principal: Essa fase é conhecida como a fase do briefing, havia o prebriefing. Qual é a sua opinião sobre esta fase do briefing?

EUE 8: É um bocado assustador, porque a experiência é nova, estamos ali dentro de um centro de simulação. Se calhar, já temos mais aquela sensação que é um cenário real e que temos que estar à altura da situação, é essencial essa fase, com certeza. Aliás, são todas elas, as três fases.

Investigador principal: O prebriefing, o briefing e o debriefing.

EUE 8: Exatamente, são todas importantes.

Investigador principal: Tem uma opinião sobre quais são os intervenientes? Todos os intervenientes que tiveram envolvidos na simulação, como é que foi essa experiência de lidar com eles?

EUE 8: Portanto, os elementos, tínhamos a nossa professora presente que (pausa). Pode repetir a pergunta? Desculpa.

Investigador principal: Quais são os outros intervenientes?

EUE 8: Tinha a professora, tinha a equipa de estudantes que entrou naquele momento, que fomos quatro, tinham os manequins, também tinha o senhor que estava (pausa).

Investigador principal: Enfermeiro do centro de simulação?

EUE 8: Sim, ele é enfermeiro, pronto, não sabia.

Investigador principal: E como é que caracteriza essa relação entre todos os intervenientes?

EUE 8: Essa relação entre todos os intervenientes é essencial, porque é aquilo que vai acontecer na prática lá fora com pacientes reais, e em muitas situações. Eu acho que é importante, caracterizo como uma situação importante.

Investigador principal: No seu caso clínico, teve a oportunidade de ter um participante simulado? Isto é, mais um participante que possa ser familiar, utente, outro profissional. Houve essa oportunidade de ter essa simulação, na simulação?

EUE 8: Não, éramos os colegas de turma, fomos quatro, e o professor que estava a orientar.

Investigador principal: Ok. Nessa ótica, na área da relação entre a equipa, qual é a sua opinião sobre a confiança e a facilitação do desenvolvimento do caso?

EUE 8: Foi ótimo, foi excelente, quando foi nos colocado questões e dúvidas que tivemos dentro desse contexto, nós comunicamos muito bem, porque acho que estávamos todas ali interessadas em aprender, e acho que parecia que era mesmo um caso real e nós ajudamos umas às outras. Interação ativa entre todos”.

Investigador principal: No fim, a fase do debriefing desenvolveu-se após o caso propriamente dito.

EUE 8: Sim.

Investigador principal: Qual é a sua opinião sobre esta fase, que sentimentos é que viveu e sentiu?

EUE 8: Eu acho esta fase extremamente importante, porque dá-nos oportunidade de, com o professor orientador, ver que erros sobretudo é que nós fizemos. Claro também que aspetos positivos nós tivemos, o que é que fizemos bem, mas é um momento de muita aprendizagem, eu considero que é um momento de muita aprendizagem. É nesse momento em que nós vamos realmente refletir, até à noite, eu pensei, 'olha, se calhar, eu também podia ter feito isto ou aquilo'. Momento de muita aprendizagem e nos sentirmos que estamos a ter resultados bons na nossa aprendizagem

Investigador principal: Muito bem. Isso vem, no fundo, de encontro a pergunta seguinte, que é, que resultados, que ganhos é que teve com essa experiência?

EUE 8: Ganhos, muitos. Os ganhos foram sentir que é muito importante trabalhar em equipa, porque assim, nós nunca sabemos tudo, eu penso isso, nós nunca sabemos tudo, mas um colega ou outro colega pode saber mais de outro assunto do que eu sei. O ganho para mim, nesse dia, foi realmente sentir que tinha trabalhado em equipa, que eu não estava sozinha, porque eu deparei-me com uma situação que era nova para mim, tinha a parte teórica, mas houve uma interação e também oportunidade de ver um ambiente supostamente mais real,

Investigador principal: Como classifica os casos que foram apresentados?

EUE 8: Os casos foram, assim (pausa) o meu não foi muito complexo, é óbvio que nós, depois, entre todos, entre todas as equipas intervenientes de estudantes, nós, entretanto discutimos entre nós os outros casos que houve e vimos que erros é que eles fizeram, o que é que fizeram de positivo e o que é que nós pudemos fazer também numa situação daquelas.

Investigador principal: Houve espaço para falar, em qualquer momento, sobre a cultura de praticar cada vez mais a simulação no ensino de enfermagem, de desenvolver estudos de investigação nesta área?

EUE 8: Não.

Investigador principal: Pronto. Terminaria, então, a entrevista, perguntando se tem alguma questão que queira colocar ou algum esclarecimento adicional que queira fazer?

EUE 8: Posso com uma sugestão? Eu sinceramente sinto que era muito importante que nós pudéssemos ter mais horas de práticas.

Investigador principal: De simulação clínica?

EUE 8: Sim, exato, de simulação clínica. Não vou vos dizer como, porque não me compete a mim, mas era uma coisa sinceramente que nos beneficiávamos e os outros que também hão de vir atrás de nós.

Investigador principal: Muito bem. Terminaria, então, a entrevista, agradecendo a estudante a participação.

Transcrição da entrevista individual EUE 9 (duração 20 minutos)

Subcategorias	EUE 9
A1 - Género	Feminino
A2 - Idade	27
A3 - Contexto profissional	Trabalhadora-estudante
A4 - Residência	Funchal
A5 – Percurso académico	Mestrado

Investigador principal: Agradecer a disponibilidade para esta entrevista e dizer que isto é alvo de confidencialidade como foi descrito inicialmente. Eu começaria por perguntar, na sua opinião, como é que descreve a simulação clínica em enfermagem?

EUE 9: Ainda não tenho muita experiência, porque fui só uma vez ao centro de simulação, mas obviamente que a parte da simulação nos laboratórios, durante as aulas, também é importante. Acho que é essencial, sobretudo este ano que vou para o estágio e acho que acaba por ser uma mais valia. Apesar de não ser igual, obviamente, ajuda bastante a termos outra noção da realidade, do que ser apenas por imagens ou vídeos, estar em contacto com o manequim e simular mesmo a própria resposta ou no centro de simulação que é um bocadinho mais real, mas nas aulas acaba por ajudar bastante na nossa compreensão.

Investigador principal: Conhece vários ambientes de simulação ou não?

EUE 9: Não.

Investigador principal: Conhece só o ambiente que teve, que foi no laboratório?

EUE 9: Sim. Foi no laboratório e o centro no hospital.

Investigador principal: O centro de simulação clínica. Lá no centro de simulação clínica tiveram contacto com simuladores. Como é que descreve o uso desses simuladores e a importância que teve para a sua aprendizagem?

EUE 9: Tive pena de ser pouco tempo, porque foi tudo muito rápido, senti que ficou um bocadinho aquém do que era possível de explorar, porque éramos três, foi dividido pelos

três (pausa). Primeiro, estávamos um bocadinho acanhados, acho que é normal, estar com um boneco que fala é um bocadinho estranho, e ter ali um ambiente tão real, mas, por outro lado, por ser tão real, foi bastante importante para nos preparar minimamente para o contexto hospitalar, porque a sala estava preparada como se fosse (pausa) e quem já esteve no hospital sabe, o aspeto que tem, os barulhos, as máquinas, os próprios materiais que estavam expostos, deu-nos uma noção mais real de que realmente era uma sala (pausa) naquele caso era uma sala de politraumatizados ou de trauma, mas no contexto hospitalar, acho que foi bastante bom.

Investigador principal: Qual é a sua opinião sobre a questão desse ambiente de aprendizagem, da simulação clínica, ser inovador? Acha que é inovador?

EUE 9: Sim.

Investigador principal: Quando diz que é inovador o que é que se refere, a inovação?

EUE 9: O facto de ter bonecos que respiram, que se assemelham muito ao corpo humano, acho que é bastante inovador. Um manequim imóvel já ajuda a compreender muita coisa, naquele caso, o manequim tinha o problema específico e tinha as reações e as características específicas da doença que estávamos a abordar e era quase perfeito (pausa) não digo perfeito, obviamente não era perfeito, mas era quase perfeito, era muito real e acho que isso é inovador, nesse sentido. Não tenho tempo de comparação com o que poderia haver antes e a espécie de simulação que havia antes, mas pela experiência que tive, achei que foi bastante inovador.

Investigador principal: Consegue fazer uma, na sua opinião, como é que é a simulação clínica nesse laboratório de alta-fidelidade e no laboratório de práticas simuladas do meio académico? A sua opinião, entre um e entre outro.

EUE 9: O que eu senti, particularmente, foi, no meio académico, nos laboratórios, como dá para ver que não é real, acho que é um bocadinho, um bocadinho mais em tom de brincadeira, não que seja brincadeira, mas acaba por ser um bocadinho, mas também o contexto é diferente, porque numa turma somos uns 10/12, dá sempre um bocadinho mais de espaço para a brincadeira, e ali era uns 3/4, no máximo, num ambiente mais sério. “Por ser tão real, no laboratório estou mais à vontade e cheguei ao centro de simulação e fiquei bloqueada, eu nem sequer conseguia responder às perguntas que a professora me fazia,

porque achei aquilo tão real que eu fiquei em alerta. Então, a grande diferença acho que é essa, acho que é o facto do meio académico ser menos real que o laboratório de simulação”.

Investigador principal: Em termos das práticas de educação, na simulação clínica, conhece alguma ou destacaria alguma que foi praticada, em termos de práticas educativas? Demonstração, houve demonstração, certamente, houve estudos?

EUE 9: Demonstração dos procedimentos, é isso?

Investigador principal: Dos procedimentos.

EUE 9: Não estou a perceber.

Investigador principal: Mas de qualquer maneira, nesta questão, acha que os estudantes estão preparados para ir para a simulação clínica, na sua opinião? Sente que como estudante, sentiu-se preparada para ir para a simulação clínica?

EUE 9: Não sei, acho que alguns sim. Eu não estava muito, confesso, mas acho que não tem a ver com o que é ensinado, eu acho que temos um bocadinho de pouco tempo de prática para assimilar tudo, acho que sim, acho que nesse sentido, sim. Mas também obviamente que o estudo individual é muito importante e tem que ser feito, e acho que foi por aí que (pausa) acho que os colegas não levaram tanto a sério o centro de simulação e não se prepararam, vou falar por mim, tão bem quanto seria de esperar, mais nesse sentido. Não tem a ver com as aulas em si, tem mesmo a ver com o próprio estudo individual.

Investigador principal: Conhece algum modelo para desenvolver a prática de simulação clínica?

EUE 9: Não.

Investigador principal: Atendendo aquilo que se pretende desenvolver para o futuro, acha que a simulação clínica é capaz de promover nos estudantes uma aprendizagem adequada?

EUE 9: Acho que sim, acho que antes de passar realmente para um estágio, para o mundo real, acho que é o mais próximo que os estudantes têm do mundo real e acaba por ser uma mais-valia de aprendizagem, obviamente que sim. E depois acaba por descansar um

bocadinho, porque eu sinto que quem vai para o estágio, que também é o meu caso, está assim um bocadinho apreensivo. Aprenderam e sabem fazer, obviamente que foi em manequins, não foi em pessoas, é completamente diferente, temos que juntar o fator humano nessa equação, mas ajuda a acalmar. Um manequim com resposta é algo mais real e realmente o centro de simulação acaba por acalmar, porque não vai ser só um boneco que está deitado e que não vai ter reação nenhuma, se a pessoa colocar numa sonda, ele vai ter alguma resposta, e isso é ótimo para uma pessoa se inteirar da situação.

Investigador principal: Nesse caso, também perguntaria, hoje fala-se que a simulação foi desenvolvida, como é que foi o seu papel como estudante? Teve envolvida na construção destes cenários ou não, ou foi somente cumprir com aquilo que foi desenhado por outra pessoa ou foi planeado por outra pessoa, e qual é a sua opinião em relação a esse papel que o estudante possa ou não possa ter?

EUE 9: Naquele caso, simplesmente o cenário já estava montado, o caso já estava ocupado. Eu acho que era importante, também, haver a disponibilidade, acho que o grande problema é a disponibilidade e o tempo que se dispõe para levar os estudantes aos centros de simulação e então fazer esses cenários, como estava a dizer. Talvez, eu não sei como é que se vai processar no futuro, mas penso que falarem das visitas ao centro de simulação, e colocar os casos práticos que vamos ter no estágio, no centro de simulação, acho que seria importante, porque conseguimos ver os erros e conseguimos limar as arestas que são preciso ser limadas, e acho que é importante os estudantes estarem envolvidos, também, nessa formulação de cenários.

Investigador principal: Então, na sua opinião, o papel do estudante na elaboração desses cenários, também, é um papel que deve ser valorizado, é isso?

EUE 9: Sim. Não digo sempre, porque o estudante também tem que saber lidar com o fator surpresa e deve ter realmente essa parte de dificuldade acrescida, mas também é importante, porque pode ter outra visão e há sempre visões diferentes que acho que devem ser tidas em conta.

Investigador principal: Uma das fases que se usa, que se fala muito, é o chamado pré-briefing, isto é, conhecer o espaço antes da prática simulada. Qual é a sua opinião sobre esta fase, se no fundo teve essa experiência?

EUE 9: Sim, foi, mas não foi no dia, porque o dia foi um bocadinho mais atribulado, houve um briefing ou pós-briefing.

Investigador principal: Eu estou a falar antes, antes da prática.

EUE 9: Antes foi feito aqui na universidade, ou seja, foi explicado como é que funcionava, mas ao nível do edifício, de como é que se organiza o centro de simulação, depois quando eu cheguei ao local, sabia mais ou menos como era, mas a verdade é que não me preparou para grande coisa que eu realmente fiz na sala, mas sim, foi interessante saber como é que (pausa) noutra visita, eventualmente, que eu vá para outra sala, já sei o que é que o centro de simulação tem. Acho que é importante, mas não é assim, não sei, talvez de outra forma, não como foi feito.

Investigador principal: Nesse caso, não houve um contacto prévio físico com o centro de simulação antes da prática propriamente dita?

EUE 9: Não, só houve mesmo a explicação com PowerPoint aqui na universidade.

Investigador principal: Uma das fases também que se usa é o chamado briefing, que é a descrição e apresentação do caso. Qual é a sua opinião sobre essa fase e que contributos é que isso teve para a sua prática?

EUE 9: Também acho que foi um bocado atribulado, porque foi já dentro da sala, os meus colegas e eu também já estávamos um bocadinho nervosos a olhar para o (pausa) porque já estávamos dentro da sala quando foi feita a apresentação do caso. Apesar de ter a sala de espera, onde podia ter sido feito esse briefing. Nós não sabíamos o que é que nos ia calhar, se era um caso ou só era AVC ou DPOC. Só quando entramos na sala, onde realmente já tinha o cenário montado, é que foi feito esse briefing e que nós olhamos para o caso. Não sei, se calhar era suposto ser mesmo atribulado, mas eu achei que foi assim (pausa) eu, pelo menos, bloqueei um bocadinho nessa fase, por isso é que eu estou a dizer isso, mas se calhar era suposto, não sei.

Investigador principal: Dentro do projeto de simulação havia vários intervenientes. Como é que descreve essa dinâmica que foi desenvolvida, esse trabalho do grupo? Como é que foi a interação estabelecida?

EUE 9: Não consegui ver uma interação, assim, muito forte, vi que estava um senhor a falar, mas não (pausa) a falar que era o boneco, mas era só um senhor que estava lá, não houve, mesmo com o professor e com os alunos, nós entrávamos e quase que tínhamos que ignorar o senhor, porque a verdade é que ele não (pausa) faz parte, mas para o nosso caso nós tínhamos era que focar no manequim. Mas sim, sei que é uma um trabalho muito importante e que toda a gente tem de estar bem coordenada porque ele tem um guião a cumprir.

Investigador principal: No fundo, não conseguiu identificar todas essas pessoas que se envolvem nesse cenário e as características daquilo que eles faziam.

EUE 9: Não. Só mesmo entrar na sala e saber que tinha uma espécie de tradutor com voz que nós ouvíamos que estava lá, mas de resto não deu para perceber a dinâmica de todo o centro.

Investigador principal: Ok. Uma também das situações que pudesse utilizar na simulação clínica é usar um participante simulado, isto é, para além do utente, o manequim, ter alguém que se faça de familiar do utente, profissional de saúde ou outro utente. Houve, na sua experiência de simulação, o uso de um participante simulado?

EUE 9: Não.

Investigador principal: Em relação a relação que foi estabelecida entre os intervenientes, como é que a descreve? Qual foi a sua opinião sobre isso na prática simulada?

EUE 9: Ou seja, entre os estudantes e o (pausa).

Investigador principal: Entre os estudantes, o professor, o enfermeiro.

EUE 9: Foi um bocadinho diferente do que acontece nas aulas, por causa desse nervosismo que estava implícito. Apesar de não ser para avaliação e nós sabíamos que não era, levamos mesmo aquilo a sério e acabou por ser, por um lado, mais constrangedor e haver uma maior frieza na abordagem com os colegas e mesmo com o professor. Não lidávamos com pessoas que lidamos todos os dias nas aulas, não era da mesma forma, havia ali algum (pausa) não é o respeito, porque o respeito há sempre, era um bocadinho mais de estranheza, algo assim, uma formalidade.

Investigador principal: Uma das fases finais, depois da prática, é o chamado debriefing, uma reunião que se faz a posteriori. Fale-me dessa experiência e os contributos que teve para a sua aprendizagem.

EUE 9: Essa parte foi bastante importante, porque conseguimos ter a noção do que fizemos lá dentro e até coisas que ninguém reparou que fez, bem ou mal, e que o professor apontou e que estava atento. Essa parte realmente foi bastante importante, até mais (pausa) não digo mais, mas (pausa) não é mais importante, mas mais elucidativa do que a parte da simulação, pelos erros apontados e pelas partes que fizemos bem, e voltar e imaginar o que nós fizemos desde o momento que entramos na sala até sair e depois ser descrito, acho que foi bastante importante, porque senão a experiência não tinha tido peso nenhum na aprendizagem. Se nós entrarmos apenas numa sala de simulação e depois ninguém nos dizer, 'lavaste mal as mãos', 'não cumprimentaste o doente', 'não fizeste isto' ou 'fizeste isto muito bem e fizeste isto muito mal', acaba por não ser vantajoso.

Investigador principal: Resumidamente, que resultados é que obteve com esta experiência? Que ganhos sente que teve?

EUE 9: Sobretudo, o que eu fiz mal ou as partes em que estive menos bem, acho que nunca mais vou esquecer, porque era um contexto tão real, que acabei por memorizar muito bem aquilo que correu mal, e também porque é uma forma de aprender com os erros, mas também de treinar em algo que não é o paciente, ou seja, se eles fizerem alguma coisa de mal não vem nenhum mal ao mundo, ter um bocadinho mais (pausa) ganhar confiança, nesse sentido, que acho que muitas vezes é essa falta de preparação que os estudantes sentem quando vão para o estágio, e depois começam a entrar um bocadinho em pânico, que é no primeiro semestre, neste caso.

Investigador principal: Qual é a sua opinião sobre os casos que foram apresentados? Foram adequados ou não foram adequados? Respondeu à expectativa ou não?

EUE 9: Eu acho que sim, porque nós já tínhamos falado dos casos, não fazia sentido estar com uma coisa diferente daquilo que tínhamos abordado, não íamos saber responder, e acho que sim, acho que foram adequados.

Investigador principal: Alguma vez houve a oportunidade de falar e debater a importância de ter uma cultura de ter simulação clínica, da prática simulada, no ensino de enfermagem?

EUE 9: Tirando este ano (pausa) este ano falou-se isso, no primeiro ano, por exemplo, não. Mas no segundo ano já se começa a falar dessa importância, por causa das visitas ao centro, também.

Investigador principal: Também conhece ou foi falado de projetos e de parcerias e de estudos de investigação que possam ser desenvolvidos no âmbito da prática simulada? Tem alguma opinião sobre isto?

EUE 9: Não me recordo. Provavelmente falaram, não me recordo ao certo se falaram de algum estudo, mas acredito que haja e acho que sim, que faz todo o sentido cada vez mais haver essa (pausa) a evolução das tecnologias está presente em tudo, e neste caso também é uma mais-valia, obviamente que sim, termos essa preparação antes e durante, e acredito que em casos específicos também seja importante haver essa preparação fictícia para o caso real, e sei que fazem algumas vezes esses simulados.

Investigador principal: Quando se fala na tecnologia, e a simulação tem essa particularidade, a inovação está associada à tecnologia ou vê a inovação como a forma como o aluno se envolve na aprendizagem?

EUE 9: Eu acho que as duas coisas. Eu acho que sim, a tecnologia obviamente também está inerente a inovação, mas também a forma como o aluno pensa, age, os próprios professores também se envolvem e o aluno também. Também, obviamente, tem a sua parte de inovação.

Investigador principal: Pronto. Eu terminaria a entrevista perguntando se tem alguma questão que queira colocar ou algum ponto que queira esclarecer?

EUE 9: Para mim está (pausa).

Investigador principal: Está ótimo?

EUE 9: Não sei se o que eu respondi era o que era suposto, mas acho que (pausa).

Investigador principal: Terminaria a entrevista, agradecendo mais uma vez.

Transcrição da entrevista individual EUE 10 (duração 19 minutos)

Subcategorias	EUE 10
A1 - Género	Feminino
A2 - Idade	22
A3 - Contexto profissional	Estudante
A4 - Residência	Funchal
A5 – Percurso académico	12º ano

Investigador principal: Pronto, então eu começaria esta entrevista perguntando como é que descreve, na sua opinião, a simulação clínica em enfermagem?

EUE 10: Complexa. Sim, é complexo. Mas pelo facto de que tem muitas coisas envolvidas, então, naquele momento, temos de lidar com várias coisas, temos de fazer várias coisas, e torna-se complexo. Também porque, se calhar, considero que não vamos tão preparados para a simulação clínica, mas não sei se é uma pergunta que vai abordar mais para a frente. No nosso caso (pausa) no meu caso, a professora forneceu o caso um dia antes de irmos no centro de simulação, então a pessoa não consegue preparar-se 100% também. Vamos lá, tivemos só um dia, ou algumas horas para ver o caso, sabermos mais ou menos o que é que vem, chegamos lá, ficamos um pouco perdidos, que foi o que me aconteceu a mim e aos meus colegas.

Investigador principal: Conhece vários ambientes para desenvolver a simulação clínica?

EUE 10: Está falando especificamente do serviço ou no geral?

Investigador principal: No geral.

EUE 10: Sim. Lá no hospital e também cá nos próprios laboratórios.

Investigador principal: Lá no centro de simulação clínica certamente houve contacto com os simuladores, vários níveis de fidelidade. Como é que descreve esses simuladores, a importância que tiveram para a sua aprendizagem? Qual é a sua opinião sobre eles?

EUE 10: A opinião sobre os simuladores é os manequins, certo?

Investigador principal: Os manequins.

EUE 10: Na minha opinião e na minha experiência lá, que foram umas três vezes que já fui lá, sempre tem havido problema com a parte do som. Sempre demora mais de uma hora, imagina, marcam X hora para cada aluno. Então, eu começava às nove, eu era a primeira, um exemplo, acabava por começar 9h 40 / 9h 50, porque tinha problemas com o áudio, então sempre acontecia isto. Mas em termos gerais, se essa parte for arranjada, não sei se já foi arranjado, porque como já disse, não vou desde o ano passado, para mim é bastante efetivo, é um serviço com bastante potencial, eu acho, considero. Só que é aquilo, também é preciso os estudantes terem um tempo de se prepararem para conseguir aproveitar a experiência, porque uma coisa é nós já termos um caso, estudar o caso, sabemos qual é a patologia, estudamos aquela patologia, sabemos o que é que podemos encontrar, vamos lá, temos alguma preparação, mas só com um dia antes de haver o caso eu acho que não é muito efetivo.

Investigador principal: Ok, nesse caso, considera que, tirando a questão do som que falou, as questões dos simuladores contribuíram para a sua aprendizagem? Como é que foi essa experiência?

EUE 10: Sim, eu gostei. A parte do som foi ultrapassada, porque a professora fazia a voz, mas sim, foi uma experiência boa, porque é aquilo, simular uma situação real, depois quando formos para estágio, se calhar, tinha algumas coisas que conseguíamos fazer ligação com o que vimos no centro de simulação. Também pelo menos no centro da simulação mostram sempre os sinais vitais e temos sempre que estar atentos ao doente, e já estamos lá a ver o que é que é preciso, se tem a saturação diminuída, administrar oxigénio, é aquilo, tipo fazer (pausa) lá na simulação ajuda a começar a desenvolver o raciocínio clínico, é isso.

Investigador principal: Considera essa experiência na simulação inovadora?

EUE 10: Considero, sim.

Investigador principal: Porque é que diz que é inovador?

EUE 10: Gosto de uma coisa diferente, uma coisa mais atualizada, os robôs, envolvem muitas coisas. Os sinais vitais têm lá também para fazer o procedimento, já a pessoa falando, a pessoa está a ser queixa da dor, como é que lida. Nós, como estudantes da enfermagem, como lidamos com uma pessoa que está queixosa com dor, uma saturação diminuída, então, é tanta coisa ao mesmo tempo, é inovador porque é um desafio para o aluno, é muita coisa e temos de desenrascar.

Investigador principal: Como caracteriza essa experiência de simulação no laboratório de simulação e no meio acadêmico, nos laboratórios do meio acadêmico?

EUE 10: É assim, é uma experiência boa, mas eu acho que somos muitos alunos, e no momento das práticas laboratoriais não conseguimos todos praticarmos. Então fica um pouco, não sei se injusto, não sei se é bem a palavra, porque claro, não é dos professores, nem de ninguém, simplesmente não temos recursos suficientes para todos, mas às vezes, pronto, mas já tive momentos onde não consegui praticar certos procedimentos e tive de marcar nas férias para vir cá praticar, por exemplo, que é sempre bom irmos praticando, mas no momento da aula não tive tempo. Então, diria que não é muito satisfatório cá na universidade.

Investigador principal: Mas quando fala na diferença em um e outro, é a qualidade dos manequins, o tipo de manequins que se usa no meio acadêmico para o meio da simulação clínica?

EUE 10: São totalmente diferentes.

Investigador principal: E qual é a sua opinião sobre a diferença dos dois?

EUE 10: Para já, a parte do som, eles conseguiam falar e isso (pausa) e o próprio material do manequim é diferente, a parte dos sinais vitais, cá não temos os sinais vitais que eles, claro, que estão lá atrás a manipular no computador e isso, mas essa parte é diferente, cá é mais (pausa) não é tão realista como é lá.

Investigador principal: Quando se fala também em inovação, tirando um pouco a questão da tecnologia que se usa, como é que é o papel do estudante, na simulação clínica, sente que o papel do estudante é um papel de cumprir com aquilo que é feito, que é programado por outro, ou é também um papel de construir os cenários e construir a simulação clínica.

EUE 10: Na minha opinião não é um papel a cumprir, eu acho uma oportunidade muito boa, é uma oportunidade para desenvolver competências, e é bom, para mim não vejo como um papel a cumprir, mas sim como para desenvolver as nossas capacidades, nossas competências e lá errarmos para aprender também para um futuro.

Investigador principal: Conhece algumas práticas educativas que são desenvolvidas na simulação clínica, alguma prática educativa que destacaria?

EUE 10: Não. Eu sei que, tipo, nós vamos lá, fazemos um caso, desenvolvemos aquele caso, e depois fazemos a parte do (pausa).

Investigador principal: Uma reflexão.

EUE 10: A parte do feedback. Exato, reflexão.

Investigador principal: Na sua opinião, como é que acha que os alunos se sentem em termos de preparação para ir para a simulação clínica?

EUE 10: Nada preparados, na minha opinião (risos), na minha experiência, no que falo com os meus colegas, nada preparados. Porque é aquilo, nós nas salas, claro, estudamos (pausa) eu sou uma pessoa, pelo menos falo por mim, claro, eu estudo, então a professora mandou o caso, eu li o caso, tentei perceber, cheguei lá e na mesma eu estava perdida, não sabia o que fazer. E os meus colegas, eles também passara igual, porque o que eu sinto é aquilo que eu já falei, que assim, eles fornecem um caso com uma antecipação maior, mas não sei, uma semana, cinco dias, que não seja só um dia, a pessoa consegue aprofundar conhecimentos naquela patologia ou naquele caso que vai ser abordado, e assim a pessoa sente-se mais preparada, porque assim só no dia antes a pessoa está perdida, não se prepara, eu acho que é muito difícil preparar-se, não sei, dez horas, para um caso, para ir lá fazer o caso no centro de simulação.

Investigador principal: Conhece alguns modelos de simulação clínica e utilizou-os?

EUE 10: O que, se refere às (pausa).

Investigador principal: Modelo, referência teórica para a simulação clínica?

EUE 10: Não.

Investigador principal: Ok. Atendendo ao desenvolvimento dos futuros profissionais, em que desenvolveu competências que sejam capazes de resolver problemas dos utentes. Acha que a simulação clínica promove essa capacidade, dos alunos aprenderem a resolver problemas nos doentes? Qual é a sua opinião sobre isso?

EUE 10: Sim, eu acho que sim, porque o que eu já reparei anteriormente, são muitas coisas ao mesmo tempo, é bom porque também é em equipa e é bom sempre ouvir as opiniões dos outros, que às vezes eles pensam alguma coisa que nós não pensamos. Então, isso de estarmos em equipa e ter vários problemas com o utente ajuda a nós fazermos, tipo, uma troca de ideias e procurar estratégias para lidar com os problemas que vão surgindo, que no caso das simulações clínicas que eu já fiz, elas metiam várias coisas ao mesmo tempo, agora não sei dizer em específico, mas sei que eram vários problemas para tentar resolver ao mesmo tempo. Então, pronto, sim, considero que sim, que ajuda.

Investigador principal: Atendendo a todas as fases da simulação clínica, o estudante teve oportunidade de participar em todas essas fases ou participou só na fase da simulação propriamente dita? Qual é a sua opinião sobre a participação dos estudantes em todas as fases do processo? Quando falo em todas as fases, inclui-se a fase de preparação também.

EUE 10: Eu acho que a parte de preparação também vem muito do próprio estudante, nós todos temos oportunidade de nos prepararmos, nós decidimos se queremos ir preparados ou não ir preparados. Muitas pessoas levam o caso e pronto, 'lá eu vou ver o que faço'. Preparar-se é ler o caso, estudar, procurar a informação sobre a patologia que está apresentada no caso, entre outras coisas, então acho que também é uma decisão da pessoa, nessa parte de se preparar antes de irmos lá. Mas sim, todos temos a oportunidade de fazer, é uma questão de cada um, decidir se quer ir preparado ou não. E lá dentro, no centro simulação, todos temos a oportunidade de participar, mas mais uma vez, é questão do aluno, ir à frente, falar e tratar a pessoa, que neste caso é o manequim, porque claro, somos um grupo, não sei, cinco/seis pessoas, já não me lembro exatamente o número, e vão surgindo estes problemas que já falamos, e é o estudante que tem a iniciativa de fazer alguma coisa, nem todos fazem, mas isso já não tem a ver com oportunidade, todos temos oportunidade de participar e aprender, mas nem todos aproveitam. No meu caso, eu considero que eu tenho aproveitado.

Investigador principal: Qual é a sua opinião sobre o facto, dos estudantes também participarem na elaboração dos casos clínicos?

EUE 10: Eu achava bom, porque para mim o estudante tem de ter um maior envolvimento sobre o que vai ser feito e perceber também como melhorar o seu raciocínio clínico. No meu caso não fizemos isso, o professor simplesmente entregava um caso, mas considero que era uma boa estratégia.

Investigador principal: Qual é a sua opinião sobre o facto, também, de haver um modelo que, no fundo, ajudasse a orientar a simulação clínica?

EUE 10: Orientar é tipo uma folha com vários aspetos?

Investigador principal: As fases.

EUE 10: Também era bom, era bom porque a pessoa já chega lá e tem mais ou menos uma noção em que ordem vai fazer as coisas, porque esse era um dos principais problemas quando íamos lá, era tanta coisa e não sabíamos por onde começar, não sabíamos o que é que se fazia primeiro, o que é que fazíamos depois, então também acho que era bom isso.

Investigador principal: Ok. O contexto que desenvolveu a simulação clínica, qual foi o contexto? Penso que foi na área da aprendizagem, do ensino do estudante, certo?

EUE 10: Sim, foi.

Investigador principal: Pronto, houve (pausa) em todas as fases, existe o chamado prebriefing, que é uma fase onde os estudantes conhecem as instalações antes da simulação propriamente dita, conhecem a forma como o processo, o laboratório funciona. Teve oportunidade de desenvolver essa fase, e qual a sua opinião sobre esta fase?

EUE 10: Sim, eu gostei, acho que é necessária para nós também conhecermos o espaço e como é que funciona, e gostei bastante do espaço, gostei bastante e realmente (pausa).

Investigador principal: Antes da simulação clínica, teve a oportunidade de conhecer o espaço?

EUE 10: Sim, eles mostraram o espaço, agora não me lembro bem, assim, específico como é que foi, que eu me esqueço fácil das coisas, mas sim, me lembro que nos levaram nos diferentes espaços e mostraram o que é tinha o centro de simulação.

Investigador principal: E isso foi importante para o que se passou a seguir ou não?

EUE 10: É assim, se eles não mostrassem também não ia fazer diferença na simulação clínica, mas eu achei bom, porque faz com que a pessoa se sinta mais confortável no serviço.

Investigador principal: No início houve uma fase que é apresentar o caso, que é chamado briefing. Qual é a sua opinião sobre esta fase?

EUE 10: É aquilo, nós chegamos lá, lemos o caso e a professora começou a fazer perguntas, mas nós só tivemos, não sei, 6 horas, 10 horas, para ler o caso, não estávamos muito preparados, quase ninguém respondia, a professora ficou chateada já, as coisas começaram a não correr bem (risos) e também depende muito da pessoa que faça a simulação, claro, e o professor guia, depende muito disso, não vou reduzir tudo só aquilo. Mas, noutro contexto, acho que teria sido benéfico.

Investigador principal: Sabe o que é que significa o conceito de briefing, na sua opinião?

EUE 10: Na minha opinião é uma troca de ideias.

Investigador principal: O projeto de simulação clínica, como foi dito, na experiência que teve, tem vários intervenientes, certamente teve o professor ou enfermeiro do centro de simulação, o estudante, outros estudantes também a acompanhar. Na sua opinião, como é que foi aquele ambiente de relação entre todos os intervenientes?

EUE 10: Muito tenso e desconfortável (risos) mas também porque, pronto, para já nós estávamos nos falando a primeira vez (pausa) é que todas as vezes, quando eu tenho ido lá, vou um pouco stressada, frustrada, ansiosa, mas também era porque o professor com quem íamos era, não sei se era pela exigência, mas às vezes era muito exigente, mas não no bom sentido, por isso, então, eu sentia bastante pressão, era, se eu digo uma coisa errada, já vou levar com uma resonda. Então, é por isso que também, por vezes, as pessoas ficam um pouco mais fechadas, não querem falar e isso (pausa) a relação, assim, com o enfermeiro,

era uma senhora que estava lá, ela foi simpática, super bem, das vezes que eu tenho ido. Se não me engano é sempre a mesma senhora, acho, não tenho a certeza, mas sempre tem sido os enfermeiros lá muito simpáticos e mostram-se disponíveis a tirar dúvidas e isso.

Investigador principal: Também, desses intervenientes, pode haver a possibilidade de ter um participante simulado, isto é, alguém que faça de familiar do utente ou de outro profissional, ou de mais um doente. No caso clínico, no seu caso, houve um participante simulado?

EUE 10: Não, não houve.

Investigador principal: Pronto, nesse caso, na fase de debriefing, após a prática desenvolvida, houve uma reunião?

EUE 10: Sim.

Investigador principal: Qual é a sua opinião sobre esta reunião?

EUE 10: Eu acho que as reuniões são muito boas, porque para mim, também, é identificar o que é que fizemos mal, para depois numa próxima vez não repetir esses erros. Relativamente à nossa reunião, em específico, foi um pouco (pausa) assim, teve várias, umas correram muito bem, serviram de crescimento a nível académico, já a pessoa consegue identificar, 'o que é que eu fiz mal, o que é que eu tenho de ter em atenção da próxima vez', são boas para identificarmos isso que foi feito, de uma forma correta, e o que esteve errado para melhorarmos. E também teve outras onde foi muito negativo e a pessoa ficou desmotivada, mas em termos gerais, eu acho que vale a pena fazer essa reunião.

Investigador principal: Como é que sentiu também (pausa) falou um pouco da questão nessa experiência, da relação de confiança para promover a sua produção de aprendizagem?

EUE 10: A relação de confiança com?

Investigador principal: Os intervenientes.

EUE 10: Mais uma vez, depende muito da pessoa que esteja à frente. Mas, vou falar em duas experiências diferentes. Numa delas senti-me à vontade para tirar dúvidas, para falar

com a pessoa que estava lá a acompanhar o professor sobre as minhas dúvidas, como estava a me sentir em relação ao caso, ou como eu me sentia em relação a como correu o caso, ou seja, muito bem, uma boa relação de confiança, e em outro caso já foi muito pelo contrário. Claro que falei, porque é sempre bom falar, mas já não foi tão abertamente e não me expressei, assim, os 100%, se calhar tinha alguma dúvida que eu preferi não tirar para não lidar com estes maus comentários e um mau ambiente.

Investigador principal: Que resultados é que teve depois dessa experiência? Como é que é a estudante antes e como é que é a estudante depois dessa experiência? Que ganhos é que teve?

EUE 10: Eu acho que nós temos a oportunidade de adquirir competências na parte prática, porque claro, nós estamos lá e, quando eu fui, pelo menos, já comecei a imaginar, 'Ok, daqui há tantos meses vai ser uma pessoa real, já não vai ser um manequim', então a pessoa, na sua cabeça, já começa a pensar do tipo, 'Ok, daqui a tantos meses já vai ser uma pessoa real e seria bom no caso começar a envolver aqui o raciocínio clínico, também'.

Investigador principal: Em relação aos casos que foram apresentados, qual a sua opinião sobre eles?

EUE 10: Eu acho que, o que já tinha referido, podem ser entregues com antecipação, e achei um pouco confusos, realmente agora não me lembro ao 100%, porque já foi a algum tempo, mas não estavam muito claros. É assim, eu me lembro das doenças, que era a DPOC, eu estudei sobre essa doença, pesquisei e tal, mas quando cheguei lá não consegui fazer praticamente nada, estava lá perdida (risos). Então, é assim, se calhar ser um pouco mais específicos no que é que se quer, não sei se os casos são os professores que fazem ou é o próprio centro simulação, não sei, mas também aquela ideia de que o senhor tinha falado antes, dos próprios alunos intervirem na realização dos casos, acho que ia facilitar esse processo, também.

Investigador principal: Houve espaço para debater ou falar da importância da simulação clínica para o estudo de enfermagem?

EUE 10: Da importância da simulação clínica?

Investigador principal: Sim.

EUE 10: Não. Falamos só especificamente do caso, de como tinha corrido e isso.

Investigador principal: Também foi falado de projetos, estudos que envolvem a simulação clínica em enfermagem e casos com mais valias para a aprendizagem dos estudantes?

EUE 10: Não. Que eu me lembre, não.

Investigador principal: Então, terminaria a entrevista agradecendo o seu espaço e, antes disso, questionava se há alguma questão que queira colocar ou algum esclarecimento que queira fazer?

EUE 10: Não, penso que não.

Investigador principal: Pronto, então vamos terminar a entrevista.

Transcrição da entrevista individual EUE 11 (duração 24 minutos)

Subcategorias	EUE 11
A1 - Género	Feminino
A2 - Idade	21
A3 - Contexto profissional	Estudante
A4 - Residência	Funchal
A5 – Percurso académico	12º ano

Investigador principal: Muito bem. Agradecer à estudante a participação no estudo e começaria por perguntar, na sua opinião, como descreve a simulação clínica?

EUE 11: A simulação clínica, para mim, é uma mais-valia, primeiramente, para nós estudantes de enfermagem, porque permite-nos ter outra noção do que é que vai ser a nossa realidade. Nós aqui na universidade temos recursos limitados, por exemplo, os bonecos, não é? Na simulação clínica temos uma tecnologia mais avançada que nos permite ter mais contacto direto com, provavelmente, o que é que será uma pessoa, na realidade. Eu, pessoalmente, o que senti quando fui à simulação, senti-me um bocado nervosa também, não só por ser mais perto da realidade, porque nós estávamos a falar com o boneco, só que nós tínhamos resposta, porque era uma pessoa que dava mesmo resposta e permitia-me o quê, desenvolver o meu espírito crítico, desenvolver, por exemplo, a minha rapidez na resposta, a minha autonomia também, porque já não tinha a professora a dizer, 'não, tens que fazer assim', não, estava sozinha com os meus colegas, mas permitia-me pensar, isto sou eu, isto vai ser a minha futura profissão, o que é que eu vou fazer para ajudar esta pessoa', porque estava a receber aquele feedback, era como se (pausa) eu sentia que estava realmente a falar com uma pessoa, que não era simplesmente um boneco como eu senti aqui na universidade, e eu até às vezes sentia-me nervosa de falar, porque estava a falar com um boneco inanimado, ali não, eu estava a receber uma resposta, estava a sentir mesmo que já estava a exercer a profissão.

Investigador principal: Nesse aspeto, conhece vários ambientes onde se possa desenvolver a simulação?

EUE 11: Aqui na Ilha da Madeira? Só conheço ali no hospital.

Investigador principal: Nos ambientes de simulação clínica usamos muitos simuladores, falou aí dos simuladores, nomeadamente os manequins. Como é que foi essa experiência de contacto com os manequins?

EUE 11: Como eu já referi anteriormente, foi inovador, senti uma diferença abismal da universidade para o centro de simulação, não só a nível da tecnologia, que é uma coisa que me espantou, porque não estava à espera, estava à espera (pausa) pronto, as nossas professoras já tinham nos dito que sim, era uma tecnologia avançada, e que o boneco ia eventualmente responder e fazer os sons tal como uma pessoa normal, só que eu não estava à espera daquilo, aquilo é mesmo real, parece que é uma pessoa. Pronto, e fiquei com um fascínio bastante grande, tanto é que eu queria voltar lá se fosse possível. Todas as oportunidades que eu tivesse para ir ao centro de simulação, eu queria aproveitar. Por isso, sim.

Investigador principal: Quando fala que é um ambiente inovador, refere-se a quê, propriamente? Para si, o que é inovador?

EUE 11: Inovador primeiro porque nunca tinha tido contacto com aquele nível de tecnologia, acho que é mais nesse parâmetro, e também porque na minha ótica nós, como é que eu explico, nós (pausa) eu defendo que nós não devemos fazer, experimentar em pessoas, entre aspas, o que é que é. Nós vamos entrar em estágio, como no ano passado aconteceu comigo, segundo ano, e antes de falarem no centro de simulação eu pensei, 'credo, mas eu estou aqui nos manequins na universidade e depois vou logo fazer numa pessoa, mas será que eu estou apta, será que eu vou conseguir', porque a mim tinha bastante medo, os pensamentos que me passavam era, 'eu vou matar alguém ou, eu não sei, posso magoar alguém', e o centro de simulação, o que é que me permitiu? Como era mais perto da realidade, mas próximo da realidade, permitiu que eu tivesse uma noção de isto é o que a pessoa vai sentir, a sintomatologia é esta, já estou mais perto da realidade', também serviu para me acalmar um bocado e perceber, isto não é uma coisa de outro mundo, não vou cuidar de uma pessoa, não é uma coisa (pausa)'. Claro que é um prazer cuidar da pessoa, mas não tem que ter um medo de cuidar daquela pessoa, vou estar a ajudá-la.

Investigador principal: Dentro da simulação clínica, certamente que foram desenvolvidas várias práticas educativas. Tem alguma que destacaria?

EUE 11: O AVC. Eu lembro-me perfeitamente que quando o manequim começou a descer e que estava a pedir algo, a minha reação foi, eu fiquei a olhar para o manequim e a olhar para os meus colegas, e eu fiquei tão (pausa) porque eu sabia a teoria, nós temos a teoria na cabeça, mas depois, e agora a prática? A pessoa está-me a pedir algo e eu sei que devo atender à necessidade, mas tem que ter, na minha cabeça, a teoria toda, e tem que ter noção da parte teórica para conseguir ajudar a pessoa, e eu própria não me sentia, porque estava nervosa, era a primeira vez no centro simulação, e eu sabia o que é que tinha que fazer na teoria, só que olhar para o manequim, fiquei tão nervosa, que não estava a conseguir (pausa) não conseguia reagir, no primeiro momento.

Investigador principal: Pronto. Nesse caso, nessa lógica, eu perguntaria, qual é a sua opinião sobre a preparação dos estudantes para ir para a simulação clínica?

EUE 11: É assim, nós recebemos um guião com várias perguntas que tínhamos que responder, por isso eu sentia que estávamos perfeitamente preparados, os professores foram impecáveis, deram uma série de questões sobre (pausa) porque eles disseram-nos literalmente o que é que nós íamos ser deparados, era o AVC e a DPOC, nós sabíamos quais eram as patologias que nós íamos encontrar, e como é que o utente estaria. Era uma série de questões, quando eu digo uma série, eram umas 12 questões, ou seja, era muito pormenorizado. O problema aqui acho que foi um bocado o stresse, por ser uma nova experiência, e sabermos que mesmo não estando a ser avaliados diretamente, involuntariamente estávamos, porque nós tínhamos que provar, nós sentíamos isso, eu sentia muito isso, tinha que provar que era merecedora de estar no centro de simulação, porque para mim era um orgulho estar ali, ter a oportunidade de ter essa experiência e era um orgulho para mim e eu tinha que mostrar que sabia e que conseguia dar resposta àquele utente que tinha tido um AVC, e que possuía a DPOC. Esse stresse em mim o que é que me fez? Pronto, fez um bocadinho de demasiado stresse e atrapalhou um bocado, mas a nível da orientação sim, os professores foram excelentes, tínhamos toda orientação necessária.

Investigador principal: Nessa particularidade, que modelo é que utilizou para desenvolver a simulação clínica?

EUE 11: Como assim?

Investigador principal: Existem vários modelos que se pode usar na simulação clínica, conhece algum modelo de simulação clínica?

EUE 11: Não, não estou agora (pausa).

Investigador principal: Nesse caso, então, só usou o modelo de enfermagem com base na simulação.

EUE 11: Sim, o modelo de enfermagem só.

Investigador principal: Pronto, depois falamos mais à frente, mas na sua opinião, como é que acha que a simulação clínica desenvolve a aprendizagem dos estudantes como futuros profissionais?

EUE 11: Portanto, como referi anteriormente, acho que é essencialmente desenvolver o espírito crítico, autonomia de resposta e o contacto mais próximo ao que é a realidade em concreto. Porque como já referi, uma coisa é na universidade com os manequins, em que a professora dá-nos a resposta e que, pronto, também serve para nós estarmos mais próximos, mas nós não sentimos que é a realidade, estarmos numa sala sozinhos, nós estudantes, com um manequim que será a pessoa, é completamente diferente, é sentirmos que não temos aquela orientação quando estamos a ser vigiados, apesar de estarmos a ser, porque atrás daquele vidro tem o professor e o técnico, mas sentirmos que, somos alunos independentes, é assim que nós vamos estar no estágio', vamos ter o tutor, claro, para fazer orientação, ele vai estar sempre connosco, mas nós temos que tomar uma decisão, temos que ter autonomia, temos que ter a iniciativa de, o que é que nós vamos fazer? Temos a parte teórica, e com a S CeE sabemos o que é que temos de fazer consoante a individualidade, ver o outro como um ser holístico.

Investigador principal: Dentro da simulação clínica existem várias fases. Conhece estas etapas da simulação clínica? Quer falar sobre elas?

EUE 11: As etapas do processo de enfermagem?

Investigador principal: Não, da simulação. Por exemplo, o prebriefing, o debriefing, o briefing, tem conhecimento dessas fases?

EUE 11: Eu tenho, assim, uma mera recordação das fases, sim. Nós íamos para uma sala, em que nós primeiro falávamos sobre o caso, sim, fazíamos a apreciação inicial, falávamos um bocado de quem é que era aquela pessoa, o caso clínico em si, depois íamos ao contacto, em contacto com o cliente, e depois voltávamos à sala para falarmos o que é que nós podíamos ter melhorado, o que é que podia estar melhor, o que é que tivemos bem, a nossa perspetiva, ou seja, a nossa autoavaliação, no fundo, e a heteroavaliação, que era o feedback que o professor nos dava, os pontos que tínhamos que melhorar, e depois o que é que nós fazíamos também, fazíamos um bocado do que vamos fazer no estágio, na prática clínica que era, consoante a esta pessoa, quais eram os diagnósticos, as intervenções que vamos levantar, como é que nós íamos fazer as notas, e foi como eu já disse anteriormente, senti mesmo que era enfermeira, foi aquele primeiro momento, não no estágio, mas no centro de simulação, senti que estava a ser enfermeira, que era enfermeira.

Investigador principal: Nessas fases todas, existe uma fase que é construir o cenário para ser experienciado. Qual é a sua opinião sobre a participação do estudante nessa programação ou em todas as fases do processo?

EUE 11: Na construção do caso (pausa).

Investigador principal: Clínico, em si.

EUE 11: Assim, o caso (pausa) a pessoa, neste caso, já estava pré feito, quando nós chegamos lá nós não conseguimos (pausa).

Investigador principal: Qual é a sua opinião sobre isso?

EUE 11: É assim, é um bocadinho contraditória. Numa perspetiva, eu acho que sim, porque é o que nós vamos ter no serviço, é a realidade, nós quando vamos chegar à pessoa, a pessoa já está feita, entre aspas, nós não vamos estar a inventar o que é que a pessoa tem, por isso, foi mais perto da realidade. Por outro lado, acho que a participação do estudante, talvez, é informar o caso clínico e antes permitir também, novamente, provar os nossos conhecimentos, ou seja, com base no AVC, por exemplo, nós próprios também dizermos, qual é a sintomatologia que a pessoa vai ter?', os nomes específicos de enfermagem,

porque assim nós já treinávamos uma parte, essa parte da teoria, nós já conseguíamos também provar o nosso conhecimento, e também consolidar algumas coisas que tivéssemos mais dúvidas. Mas foi como já disse, não sei, também, em parte, concordo (pausa) o caso já tá formado porque quando nós fomos para o estágio, nós não dizíamos, 'ah, a pessoa devia ter isto, a pessoa devia ter aquilo', não a pessoa já estava lá tudo específico, por isso.

Investigador principal: Então, nesse caso, o contexto foi feito, a prática simulada foi no contexto do ensino, não é?

EUE 11: Sim.

Investigador principal: E avaliativo ou foi só ensino mesmo?

EUE 11: É assim, eu própria não sei responder (risos), porque as pessoas disseram que era só ensino, só que eu acho, na minha opinião, que teve um bocadinho disso de, pronto, de avaliar o estudante.

Investigador principal: Isso influenciou em alguma coisa?

EUE 11: Influenciou no stresse, porque nós sabíamos, que a professora disse, 'não, é só para nós vermos como é que vocês estão', e nós todos sabíamos, em parte, que não era só para vermos como é que nós estamos, porque eu acho que o centro de simulação também é uma oportunidade para o professor avaliar, não é? Eu acho que sim. Concordo 100%? Não. Porque o professor ao fazer isso está a nos restringir um bocado na aprendizagem, que é o stresse. Nós sabemos que o stresse prejudica muito o estudante e o stresse vai-nos levar também a não aproveitar aquela experiência a 100%, que é confundir muito o nosso espírito crítico, que foi o que me aconteceu, por exemplo, eu com stresse (pausa) eu sabia o que é que tinha que fazer àquela pessoa com AVC, só que estava nervosa porque sabia que a professora estava do outro lado a ver, e então queria provar que era merecedora de estar no centro de simulação e de cuidar de uma pessoa, só que estava com aquele stress de, mas eu tenho que fazer as coisas certo. Mas será que é mesmo isto? Mas será que a pessoa está a fazer isto porque quer que eu responda de outra forma e eu não estou a responder como professora quer? Ou a pessoa que está na cama merece que eu atenda?'. Pronto, foi um bocado contraditório.

Investigador principal: Uma das fases que se fala é chamado o *prebriefing*, um espaço antes de entrar para a prática, possa conhecer o espaço, conhecer como funciona os manequins, como funciona a dinâmica, tocar, mexer. Teve a oportunidade de desenvolver esta fase ou não?

EUE 11: Antes de recebermos o caso clínico, não. Nós vimos o espaço, sim, não tivemos foi oportunidade de tocar no manequim. Nós próprios também estávamos com um bocado de receio de tocar no manequim, porque quando nós soubemos o valor do manequim, estávamos todos assim um bocado apreensivos porque estávamos com medo de estragar alguma coisa ou algum material, vou ser sincera (risos), mas pronto.

Investigador principal: Como é que foi a experiência na fase de briefing, de receber o caso e saber que ia desenvolvê-la em prática? Como é que foi essa experiência?

EUE 11: Se eu pudesse resumir numa palavra a experiência, acho que foi um bocado um choque, porque foi nesse momento que eu senti, é isto que eu vou fazer como enfermeira, é isto que eu quero fazer para o resto da minha vida, e é a primeira vez que eu estou a ter esse contacto', porque nós aqui na universidade nunca tivemos (pausa) tínhamos os casos, mas tínhamos que fazer no manequim, só que era completamente diferente devido à tecnologia, como já mencionei. E então eu sentia, por também estar dentro do hospital, porque era mesmo no hospital, o centro de simulação está dentro do hospital, e então por estar no hospital, por estar a usar a bata, por já em mim estar um pensamento de, vou ser mesmo enfermeira, estou mesmo aqui para ser enfermeira, isto é a preparação para a realidade', foi um choque, não no mau sentido, claro, mas sim no bom sentido.

Investigador principal: Ora bem, conseguiu identificar todos os intervenientes do processo de simulação, do projeto de simulação e as funções de cada um deles?

EUE 11: Como assim?

Investigador principal: Todos os que estiveram lá participando, o professor, o enfermeiro, conseguiu identificar todos eles e a função de cada um?

EUE 11: Penso que sim (risos). Tínhamos o técnico, estava responsável pelo manequim em si, porque era ele que colocava as reações que o manequim ia ter, tínhamos o professor, que era orientador, e como eu já referi, acho que ele também estava a nos a avaliar, por

isso também vou dizer que o professor era um avaliador, os nossos colegas estudantes de enfermagem, que nós estávamos a prestar os cuidados, e o enfermeiro que tinha lá, acho que eram dois enfermeiros, na altura. Por acaso, eu na altura não percebi o porquê de ter os dois enfermeiros, porque não (pausa) como é que eu digo, não foi como se eles nos estivessem a ajudar dentro da sala, e então eu pensei, quando vi dois enfermeiros naquela sala pensei, eles às tantas, quando nós fizermos os cuidados ao manequim, se tivermos alguma coisa de mal, eles depois vão nos mostrar', e por acaso acho que isso seria uma mais valia, que era o enfermeiro estar connosco dentro da sala, nós fazermos os cuidados como achamos que deveriam ser realizados, e depois o enfermeiro demonstrar o que é que o enfermeiro faz, e pronto.

Investigador principal: Há uma participação, pode ser adicionada ou não no centro de simulação, que é o participante simulado, isto é, outro utente ou um familiar do utente que está a ser alvo da experiência, ou outro profissional. Tiveram oportunidade de ter este participante simulado na sua experiência de simulação?

EUE 11: Não.

Investigador principal: Em termos de (pausa) já descreveu o papel de cada um, qual é a sua opinião sobre a relação que se estabeleceu entre todos esses elementos, de confiança? No fundo contribuíram ou não para a facilitação da sua aprendizagem? Como é que foi essa experiência?

EUE 11: É assim, eu senti que era algo íntimo, não era, por exemplo, o meu papel é este, o teu papel é este e o papel daquela pessoa é aquele'. Não, senti que estávamos lá todos para o mesmo objetivo, que era, nós conseguirmos, nós estudantes, ter uma excelente aprendizagem, tanto é que os professores depois fizeram uma consolidação da nossa aprendizagem connosco, estiveram ativamente. O próprio técnico, também, nós quando estávamos a falar com o manequim, ele próprio às vezes, nós ouvíamos o técnico também a rir um bocado, porque nós, naquele nervosismo, falávamos como o manequim como se estivéssemos a falar com um colega nosso, às vezes, e foi um ambiente acolhedor, não senti que era (pausa) que estavam todos indiferentes, pronto. Cada um estava a fazer o seu papel e pronto. Não senti isso, senti que era um ambiente acolhedor, o técnico estava lá, primeiro porque queria estar, e também queria, não é ser um (pausa) como é que eu digo, queria nos ajudar a nossa aprendizagem e eu senti isso, senti aquele ambiente íntimo sim.

Investigador principal: A fase de debriefing, a reunião após a experiência, como foi essa experiência?

EUE 11: Foi muito bom, porque às vezes a noção que nós temos, por exemplo, a nossa autoavaliação, é um bocadinho dispar do que é a realidade. Eu pessoalmente sou uma pessoa que eu costumo dizer que sou otimista, mas eu acho que sou um bocado pessimista. E então, quando eu saí do centro de simulação pensei, fui uma porcaria, não presto para isto, eu não valho nada, entre aspas', fui um bocado muito crítica, porque eu sou assim, sou muito crítica e eu sou muito perfeccionista e achei que não demonstrei realmente todo o meu potencial, e a professora não, a professora tinha outra opinião sobre o meu desempenho, ela disse que o que eu tinha feito era expectável pelo primeiro contacto com a realidade, era completamente expectável e ela própria em vez de, pronto, rebaixar, porque o professor nunca faria isso, mas pronto, podia acontecer eventualmente. Ela não me rebaixou, ela apoiou-me, deu-me suporte e disse, 'vai correr tudo bem no estágio, se continuares a ter este desenvolvimento vai ser uma excelente enfermeira, e deu-me este suporte, e depois nós também avaliarmos os nossos colegas, que também foi muito bom, como equipa, porque nós não fomos sozinhos para dentro da sala de simulação, acho que éramos quatro ou cinco. Pudemos avaliar o colega, pudemos intervir e dizer, 'olha, nesta intervenção tu devias ter feito isto, isto e isto, e acho que não me apoiaste o suficiente', e mais uma vez senti, é isto que nós vamos fazer na realidade, eu não vou trabalhar sozinha como enfermeira, eu vou ter a equipa multidisciplinar', e naquele caso vou ter os meus colegas que vão ser enfermeiros também comigo para me ajudar. Conseguimos nos avaliar a todos e ter a noção, fiz isto bem, fiz isto mal, tenho isto para melhorar, isto já está bom, entre aspas, porque há sempre coisas para melhorar, mesmo no que nós achamos que está bom, há sempre coisas para melhorar.

Investigador principal: Muito bem. Isso quer dizer que obteve ganhos?

EUE 11: Sim.

Investigador principal: Que ganhos foram esses?

EUE 11: Confiança, essencialmente, confiança em mim própria. Acho que foi mesmo confiança, porque saí de lá (pausa).

Investigador principal: Como classifica os casos que foram desenvolvidos?

EUE 11: Uma classificação numérica ou (pausa).

Investigador principal: Uma classificação qualitativa.

EUE 11: Bons, pronto (risos). Eu na minha perspetiva, achei (pausa) não que não estavam realistas, mas que poderiam ser um bocadinho mais realistas ainda, que era (pausa) deram a sintomatologia da pessoa, mas resumiram um bocadinho o caso, ou seja, nós não sabíamos muitas das coisas que nós precisamos de saber para intervir na pessoa como um todo, focaram-se muito naquela doença. Era o AVC, focaram-se muito no AVC, era DPOC, focaram-se muito na parte da respiração e tudo mais. Na minha perspetiva, era muito bom que incluíssem outros pormenores, por exemplo, como estava-me a dizer anteriormente, podiam incluir família, e nós também termos essa noção, por exemplo, 'O que é que aquela pessoa tem? AVC. Tem apoio de algum familiar?', para nós termos um contacto mais direto ainda com a realidade, porque é isto que nós vamos ver na realidade, nós vamos ter um caso, não é só aquela doença, não é só a doença, é como um todo.

Investigador principal: Uma última pergunta, antes de acabar, houve espaço na área da simulação para falar sobre a importância de ter uma cultura de simulação no ensino da enfermagem, uma cultura de investigação e de parcerias relacionadas com a enfermagem? Por exemplo, esta questão do laboratório de simulação clínica, é uma parceria também?

EUE 11: Sim. Explicaram-nos, antes até de nós irmos ao centro de simulação, o que é que nós estávamos à espera, e quais seriam as vantagens para a nossa aprendizagem, nomeadamente estarmos em contacto com o que é que era a realidade, também por ser num ambiente hospitalar, e que nós íamos ter noção mesmo do que é que era a enfermagem, era para isso que o centro de simulação, principalmente, ia servir. Claro que outras coisas, mas o que me ficou assim mais assente na cabeça foi mesmo (pausa).

Investigador principal: E em relação à necessidade de haver uma cultura de cada vez mais haver simulação no ensino de enfermagem, foi falado sobre isto?

EUE 11: Sim. Foi, até porque as professoras perguntaram se nós gostaríamos de voltar ao centro de simulação, se achávamos benéfico, se não achávamos benéfico o centro de simulação, e foi unânime a resposta, a resposta foi sim, o centro de simulação é essencial para o estudante, e que nós queríamos voltar, tanto é que as professoras, a seguir, eventualmente, falaram, entraram em contacto com o centro de simulação e conseguimos

voltar. Acho que devo ter ido ao centro de simulação umas três ou quatro vezes no ano passado, e se pudesse ir mais, até acho que ia.

Investigador principal: Muito bem. Terminaria este bloco final dizendo se tem alguma questão que queira colocar ou algum ponto que queira esclarecer.

EUE 11: Não. Acho que ficou esclarecido, assim.

Investigador principal: Então, terminaria a entrevista agradecendo, mais uma vez, a disponibilidade.

Transcrição da entrevista individual EUE 11 (duração 12 minutos)

Subcategorias	EUE 12
A1 - Género	Feminino
A2 - Idade	22
A3 - Contexto profissional	Estudante
A4 - Residência	Funchal
A5 – Percurso académico	12º ano

Investigador principal: Vamos, então, iniciar esta entrevista. Começaria por perguntar, na sua opinião, como é que descreve a simulação clínica em enfermagem?

EUE 12: Do centro de simulação?

Investigador principal: Sim.

EUE 12: Preparamos aqui na universidade, só que no centro, por exemplo, não intercalamos os cursos ao mesmo tempo, é tudo (pausa) intercalamos sim, é que na universidade tratamos de, por exemplo, de um problema em específico, e depois quando chegamos no centro é um caso que nós temos que prestar atenção a tudo.

Investigador principal: Mas então, na sua opinião, a simulação clínica, acha que é importante para a aprendizagem? Como é que a descreve?

EUE 12: Sim, eu acho que aprendemos mais, porque erramos mais lá e aprendemos depois com os erros, e é diferente, porque temos o ponto de vista de ver tudo numa situação, num caso clínico, por exemplo.

Investigador principal: Dentro da simulação clínica existem os simuladores, manequins. Qual é a sua opinião sobre os simuladores de simulação clínica?

EUE 12: Dos que nós tivemos, fui umas três ou quatro vezes, e não correu problemas, a não ser uma vez que houve um pequeno atraso que aconteceu no primeiro, mas os manequins em si, acho que as vezes eles soavam baixo, mas de resto estava em boas condições.

Investigador principal: Mas quando falo o que é que acha sobre eles é na perspetiva em termos de para aprender. Qual é a sua opinião sobre esses manequins para a sua aprendizagem?

EUE 12: Sim, eles serviram porque pudemos treinar procedimentos que não conseguimos treinar aqui na universidade, como por exemplo inserir cateteres.

Investigador principal: Considera a simulação clínica um ambiente de aprendizagem inovador? Diga porquê.

EUE 12: Sim, porque tal como disse, há procedimentos que não conseguimos treinar aqui na universidade, nem em casa e conseguimos fazer isso no centro de simulação, e também conseguimos com a orientação dos professores, sozinhos provavelmente não íamos conseguir à primeira.

Investigador principal: Então, como é que faz a diferença entre a simulação que é feita num centro de simulação e no meio académico?

EUE 12: Para já os materiais que são mais modernos, são melhores no centro de simulação do que aqui na Madeira, e nós temos a oportunidade de experimentar, cada um experimenta algo, e os professores também orientam o que fazer.

Investigador principal: Dentro das práticas educativas que se desenvolvem na simulação clínica, destacaria alguma? O que é que sai daí da simulação clínica?

EUE 12: Quando nós fomos aos centros?

Investigador principal: Sim, em termos de práticas educativas, estudam?

EUE 12: Sim, nós estudamos. Fazemos primeiro (pausa) o professor apresenta-nos o caso do utente e nós temos que trabalhar todos, ver todos os pontos, não só um problema em específico, mas ver em tudo, o que não fazemos cá na universidade, e depois disso fazemos tipo um *debriefing*, que a professora chamava, em que explicava o que tínhamos feito de errado, explicava o que tínhamos feito de certo, e melhorava a prestação.

Investigador principal: Na sua opinião, como é que se sentem os estudantes em termos de preparação para a simulação clínica?

EUE 12: Eu acho que podíamos ter sido um pouco, talvez, melhor preparados aqui na universidade e no debriefing faziam sempre no final, os sentimentos que a maior parte dos estudantes sentiam era de nervosismo e ansiedade ao estarem lá.

Investigador principal: Existem alguns modelos. Utilizou algum modelo na simulação clínica?

EUE 12: Modelo de quê?

Investigador principal: Modelo quando fez a sua prática, se teve por base algum modelo teórico?

EUE 12: Cada um estudante preparava o seu pequeno resumo, pequeno estudo para a prática.

Investigador principal: Mas em termos de modelo de simulação, não falaram sobre nenhum?

EUE 12: Não.

Investigador principal: Muito bem. Atendendo (pausa) normalmente nós falamos que hoje em dia o aluno tem que estar no centro da aprendizagem. Como é que sentiu seu papel de estudante nesta simulação clínica?

EUE 12: Eu acho que nós estudantes conseguimos aprender bastante, por acaso, porque cada um teve oportunidade de fazer o mesmo procedimento pelo menos uma vez no centro de simulação, e se estivesse errado, tínhamos a professora mesmo ao nosso lado e podíamos fazer outra vez, então acho que isso é bem importante.

Investigador principal: Mas em relação ao caso que foi desenvolvido, o aluno foi envolvido na preparação desse caso? Foi envolvido em escolher o caso? Qual a sua opinião sobre esta fase?

EUE 12: Nas primeiras três vezes que nós fomos ao centro, por acaso não, foi aleatória, nós tínhamos que preparar, saber a matéria que tínhamos ao longo dos meses, mas acho que na última vez que nós fomos, cada um de nós estava a fazer um projeto individual e o

caso que nos foi dado no centro de simulação foi tendo por base esse projeto, a problemática estávamos a estudar nesse projeto.

Investigador principal: Então, nesse caso, houve uma preparação sobre um caso clínico para vocês desenvolverem?

EUE 12: Sim, nós não sabíamos, mas quando chegamos lá vimos, percebemos que todos os nossos casos tinham a ver com o nosso projeto individual.

Investigador principal: No desenvolver da prática de simulação houve várias fases, certamente. Há uma fase que é o prebriefing, onde o estudante é convidado a conhecer as instalações antes de entrar para a simulação. Teve essa etapa?

EUE 12: Sim, tivemos.

Investigador principal: E como é que foi essa experiência?

EUE 12: Na primeira vez que tivemos as professoras fizeram com uma ou duas enfermeiras que lá trabalhavam, e mostraram os espaços, mostraram como funcionava, mostraram as salas e foi bom para sentirmos, também, mais à vontade e conhecermos melhor o espaço.

Investigador principal: Na fase de briefing, que é a fase onde se apresenta o caso, como é que foi essa experiência?

EUE 12: Foi mesmo na sala, tinha um manequim e a professora lia o caso, ou então dava uma folha e nós alunos, em grupo, líamos, e depois a professora disse, agora façam, e nós, então, trabalhávamos em conjunto, líamos o caso e começávamos logo a trabalhar no problema.

Investigador principal: E como é que foi o seu sentimento perante a essa fase? O que é que sentia?

EUE 12: Um pouco de nervosismo, também, porque também estávamos a ser avaliados, claro, também têm esse peso e nervosismo de não ser a primeira a falar ou então não falar muito.

Investigador principal: Acha que era importante o aluno também ajudar a preparar os casos que fossem da sua simulação?

EUE 12: Sim, e também, por exemplo, dar ideias de uma matéria que tenha mais dificuldade ou então que a turma em geral tenha mais dificuldade, preparar casos para esse assunto específico.

Investigador principal: Então, nesse caso, essa parte também acha que o aluno, se trouxesse casos, poderia também ajudar a desenvolver as suas práticas, é isso?

EUE 12: Sim, acho que sim.

Investigador principal: Sabe que dentro da simulação clínica existem vários intervenientes, existiu certamente o manequim, o estudante, outro estudante, o professor, o enfermeiro e também há previsões de colocar o participante simulado, isto é, alguém que também possa acompanhar o manequim, a fazer de familiar ou a fazer de outro profissional. Teve a oportunidade de fazer simulação com algum participante simulado?

EUE 12: Não.

Investigador principal: Muito bem. Como é que descreve a relação que houve entre todos os intervenientes nesse processo de simulação?

EUE 12: Acho que, por exemplo, os grupos de alunos eram aleatórios, alguns não se falavam, não se conheciam assim muito bem, mas conseguiram no final trabalhar em equipa, e pelos professores também (pausa) primeiramente não falavam, nós é que fazíamos tudo, digamos, mas depois falavam connosco e diziam-nos o que tínhamos feito de errado ou então o que tínhamos a melhorar e pronto, faziam, assim, críticas construtivas para nós.

Investigador principal: Quando fala que os intervenientes não se conheciam inicialmente, como é que interpreta essa aprendizagem? Foi boa, não foi boa? Qual é a sua opinião sobre?

EUE 12: Sim, acho que sim, porque no futuro como enfermeiros, nós obviamente não vamos conhecer logo de imediato as pessoas com quem vamos trabalhar, e vamos ter que aprender a trabalhar em equipa, por isso acho que é necessário já termos essa formação de

base aqui e aprendermos a trabalhar uns com os outros, mesmo que não falemos todos os dias com essa pessoa, é importante, porque vamos trabalhar em equipa.

Investigador principal: Falou-me também há pouco da fase do debriefing, fase final, fale-me dessa experiência e os contributos que teve para a sua experiência, para a sua aprendizagem?

EUE 12: Então, nós falávamos do caso, a professora dizia o que tínhamos feito de errado e o que tínhamos feito de certo e depois também dizia o que nós achávamos, perguntava o que é que nós achávamos do caso que tivemos e da experiência que tivemos, dos sentimentos que sentimos e também pedia para nós darmos sugestões para melhorar para o próximo.

Investigador principal: Se fosse para perguntar que ganhos é que teve com a experiência de simulação clínica, o que é que me diria?

EUE 12: Eu acho que (pausa) eu não sei explicar bem, eu dizia, por exemplo, desenrascar um pouco mais na hora, porque é na hora que temos que saber o que fazer ou então trabalhar em equipa logo também, e se não souber, então, dizer mesmo 'não sei', pedir ajuda.

Investigador principal: Em relação aos casos que foram apresentados, qual a sua opinião sobre eles?

EUE 12: Eu acho que, talvez por ter havido um pouco mais de diversidade, talvez, porque os primeiros grupos eram, assim, grupos um pouco maiores, então não havia muitos casos. Das últimas vezes que fui para o centro de simulação, então, foi individual.

Investigador principal: Uma das coisas que eu queria perguntar agora para o fim, está a terminar o questionário é, houve abertura com os intervenientes da simulação clínica, de falar sobre a importância de criar uma cultura de práticas simuladas ou de simulação clínica no ensino superior de enfermagem? Houve esse debate de ideias?

EUE 12: Bem, as professoras é que disseram se nós queríamos ir, se já tínhamos combinado para irmos ao centro de simulação, e elas mesmo disseram que era bastante importante e que (pausa) por acaso o ano passado, como nós fomos várias vezes, acho que

foi a primeira vez em vários anos que fomos várias vezes, tantas vezes ao centro de simulação, e relataram bastante a importância de (pausa) queriam fazer mais isto, queriam que os alunos fossem mais para o centro de simulação, porque de facto tem mais material do que aqui na universidade.

Investigador principal: Foi falado também sobre a importância de haver projetos, parcerias, trabalhos do grupo para trabalhar um pouco sobre a simulação?

EUE 12: Nós (pausa) nem sempre é um trabalho em grupo.

Investigador principal: Mas quando digo isto, foi no fundo debatido entre os intervenientes a possibilidade ou a necessidade de haver mais trabalhos de grupo ou mais grupos de trabalho para no fundo discutir a simulação e a importância que tem para aprendizagem? É nesse sentido.

EUE 12: Eu acho que na parte em que as professoras perguntavam aos alunos o que é que nós sentíamos e se achávamos que tinha valido a pena. Perguntavam sempre se achávamos que tinha valido a pena ir ao centro de simulação. E pronto, dizíamos que sim.

Investigador principal: Porque sentiam isso, não é verdade?

EUE 12: Sim, porque sentíamos mesmo.

Investigador principal: Pronto, eu terminava o questionário perguntando, nesta parte final, se tem alguma questão que queira dizer ou algum esclarecimento, alguma pergunta que queira fazer?

EUE 12: Acho que não.

Investigador principal: Então, terminaria agradecendo mais uma vez a disponibilidade para este questionário.

Apêndice 3 | Análise de conteúdo das entrevistas individuais dos estudantes

Apêndice 3 - Análise de conteúdo das entrevistas individuais dos estudantes do curso de Licenciatura em Enfermagem – leitura horizontal

Categorias	Subcategorias	EUE 1	EUE 2	EUE 3	EUE 4
A - Caracterização do entrevistado	A1 - Género	Feminino	Feminino	Feminino	Masculino
	A2 - Idade	22	21	26	24
	A3 - Contexto profissional	Estudante	Estudante	Estudante	Estudante
	A4 - Residência	Funchal	Funchal	Funchal	Funchal
	A5 – Percurso académico	12º ano	12º ano	12º ano	Licenciatura

Análise de conteúdo das entrevistas individuais dos estudantes do curso de Licenciatura em Enfermagem – leitura horizontal

Categorias	Subcategorias	EUE 5	EUE 6	EUE 7	EUE 8
A - Caracterização do entrevistado	A1 - Género	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino
	A2 - Idade	29	23	22	46
	A3 - Contexto profissional	Estudante	Estudante	Estudante	Estudante
	A4 - Residência	Funchal	Funchal	Funchal	Funchal
	A5 – Percurso académico	Licenciada	12º ano	12º ano	12º ano

Análise de conteúdo das entrevistas individuais dos estudantes do curso de Licenciatura em Enfermagem – leitura horizontal

Categorias	Subcategorias	EUE 9	EUE 10	EUE 11	EUE 12
A - Caracterização do entrevistado	A1 - Género	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino
	A2 - Idade	27	22	21	22
	A3 - Contexto profissional	Trabalhadora-estudante	Estudante	Estudante	Estudante
	A4 - Residência	Funchal	Funchal	Funchal	Funchal
	A5 – Percurso académico	Mestrado	12º ano	12º ano	12º ano

B - CATEGORIA – Caracterização da SCeE –

B1 – Subcategoria conceito da SCeE

EUE 1	EUE 2	EUE 3	EUE 4
“Acho que é um momento que nos faz um pedacinho de muita pressão, por ser um <u>momento de avaliação</u>.” “Se o propósito é avaliar, então seria importante que nós fôssemos lá para treinar antes da avaliação”.	“Por ser em <u>contexto de avaliação</u>, acho que a gente ficamos muito nervosas e acho que <u>não acabamos por aproveitar e aprender</u>. Como estamos a ser avaliados, ficamos muito nervosos, dá-nos aquelas brancas e acho que não conseguimos aproveitar realmente o objetivo do centro de simulação”.	“Na minha ótica, eu acho que é uma etapa importante, (...) <u>realista</u> (...), e que devia ser utilizada mais vezes nas práticas no CSC, (...) mais realistas do que a prática desenvolvida no laboratório académico”.	“No início eu achava que ia ser uma coisa muito ampla, digamos, eu pensei que ia ser uma experiência inesquecível, e depois eu chego lá e não correspondeu à realidade (...)”.

B1 – Subcategoria conceito da SCeE

EUE 5	EUE 6	EUE 7	EUE 8
“Antes da simulação, nós nos sentimos um bocadinho preocupados e ansiosos, porque é um <u>momento de avaliação</u>”. “Aquando da SCeE habitualmente é um bocadinho enervante, pelo cariz avaliativo, depois dependendo do caso pode correr muito bem ou não”.	“Acho que é importante, especialmente para nós que vamos agora ter o primeiro estágio, e <u>permite ter uma noção mais de como é que vamos ter que agir no estágio</u>, embora sejam simuladores”. SCeE como uma preparação para a experiência real.	“Descrevo como uma parte bastante importante no nosso ensino (...) <u>é importante não só termos a teoria, como também alguma preparação ao nível da prática</u>”.	“É, sobretudo, poder <u>praticar aquilo que nós aprendemos na teoria</u>, ainda que seja em contexto simulado e com simuladores”.

B1 – Subcategoria conceito da SCeE

EUE 9	EUE 10	EUE 11	EUE 12
“É uma etapa essencial para nos <u>preparar para os estágios</u> e constitui uma mais-valia”. “Apesar de não ser igual ajuda bastante a termos outra noção da realidade (...). Estar em contacto com o manequim e simular mesmo a própria resposta ou CSC que é um bocadinho mais real, <u>ajudar bastante na nossa compreensão</u>”.	“Complexa. Mas pelo facto de que tem muitas coisas envolvidas, então, naquele momento, temos de lidar com várias coisas, temos de fazer várias coisas, e torna-se complexo”.	(...) “é uma mais-valia”. (...) “permite-nos ter outra <u>noção do que é que vai ser a nossa realidade</u>”. “No CSC temos uma <u>tecnologia avançada</u> que nos permite ter mais contacto direto com a realidade”. (...) “estava a sentir mesmo que já estava a <u>exercer a profissão</u>”.	“SCeE é importante para a aprendizagem porque aprendemos mais, porque erramos mais lá e <u>aprendemos depois com os erros</u> (...)”.

B2 - Subcategoria - Ambiente de SCeE

EUE 1	EUE 2	EUE 3	EUE 4
“Acho que é um espaço, nem é muito grande, nem muito pequeno em si, é normal (...). <u>Também os dispositivos são adequados</u>”.	“Eu acho que está <u>bem conseguido</u>, porque dá para assimilar mesmo o que nós vamos ter no estágio, (...) porque o <u>manequim interage e nós fazemos alguma coisa para resolver o problema</u>”. “O manequim não fala, mas o Enfermeiro da simulação está com a gente e simula as respostas. Essa parte acho que é bem simulada”. “Por vezes <u>falta algumas coisas e alguns materiais</u>” (...) “recorrendo ao imagine que tem isto aqui, e acho que isso já quebra o raciocínio da simulação e diminui o realismo”.	(...) “o centro de simulação <u>assemelha-se a um ambiente real</u> (...) os eventos já estão programados e desafia os estudantes a resolver os problemas identificados”.	“O estudante praticamente não desenvolveu grandes competências, podia ter desenvolvido muitas mais”. (...) “conheci o <u>laboratório através de um formato digital</u>, o pavimento e as salas, mas realmente eu achava que ia ser maior na verdade”.

B2 - Subcategoria - Ambiente de SCeE

EUE 5	EUE 6	EUE 7	EUE 8
(...) “o <u>ambiente é propício à prática clínica</u>”. (...) “está bem preparado, tem todos os <u>materiais necessários</u> e é guiado pelo <u>Enfermeiro</u> de maneira que o estudante consiga responder às questões e (...) demonstrar os seus conhecimentos”.	“Acho que é importante, especialmente para nós estudantes que vamos agora ter o primeiro estágio, é importante <u>ter uma noção mais ou menos de como é que vamos ter de agir no estágio</u> (...)”. “(...) dá para ter uma ideia mais ou menos de como é que <u>funcionam as salas, a disposição das salas</u>, o que é que temos que fazer”.	(...) “eu acho que a SCeE tem tudo, não só para nós alunos, como também para os próprios profissionais”.	“Foi ótimo, foi excelente, quando foi nos colocado questões e dúvidas que tivemos dentro desse contexto, nós comunicamos muito bem, porque acho que estávamos todas <u>ali interessadas em aprender</u> e acho que parecia (...) um <u>caso real</u>. Havia uma <u>interação ativa</u> entre todos”.

B2 - Subcategoria - Ambiente de SCeE

EUE 9	EUE 10	EUE 11	EUE 12
“Tive pena de ser pouco tempo, porque foi tudo muito rápido, senti que <u>ficou um bocadinho aquém do que era possível de explorar</u>, (...)”. (...) “<u>laboratório em meio académico e o CSC</u>”. “Por <u>ser tão real</u>, no laboratório estou mais à vontade e cheguei ao <u>CSC e fiquei bloqueada</u>, eu nem sequer conseguia responder às perguntas que a professora me fazia (...)”.	“(...) chegamos lá, <u>ficamos um pouco perdidos</u>, que foi o que me aconteceu a mim e aos meus colegas”. “Sim, no hospital e também no <u>CSC</u>”.	“Eu, pessoalmente senti-me um bocado nervosa, não só por ser mais <u>perto da realidade</u>, porque nós estávamos a <u>falar com o boneco</u>, só que nós tínhamos a resposta, porque era uma pessoa que dava (...). Desenvolver o meu espírito crítico, desenvolver a minha rapidez na resposta e autonomia”. (...) “só conheço ali no hospital CSC”.	(...) “<u>há procedimentos que não conseguimos treinar na academia nem em casa e no CSC conseguimos com a orientação dos professores</u>”.

B3 - Subcategoria - Características dos simuladores na SCeE

EUE 1	EUE 2	EUE 3	EUE 4
(...) “ <u>embora tenham semelhanças com a realidade</u> , acho que mesmo assim, não é totalmente realista podia estar um pedacinho melhor”.	(...) “ <u>Sim, eram reais</u> . Isso ajuda bastante, porque quando fui para o estágio, eu lembrei-me sempre da experiência passada no CSC”.	(...) “o manequim do meio acadêmico não interage da mesma forma que o manequim do centro de simulação. <u>O manequim do CSC e a prática simulada no CSC dá uma perspectiva mais realista</u> do que vai ser o dia a dia do estágio”.	(...) “acho a experiência com simuladores ajudou na aprendizagem. O boneco (...) <u>tinha uns sons, auscultava-se bem, o som da pessoa ouvia-se mal e o boneco parecia real</u> ”.

B3 - Subcategoria - Características dos simuladores na SCeE

EUE 5	EUE 6	EUE 7	EUE 8
(...) “ <u>são realistas os manequins do CSC</u> , mais realistas do que os que temos cá no meio acadêmico”. “Mas sim, conforme os dados que o enfermeiro vai colocar lá no computador, nós <u>temos que reagir à situação e resolver o problema</u> ”.	“Sobre os que estão no CSC, acho que são bastante completos, até porque <u>interagem artificialmente, respiram e são parecidos a um ser humano</u> , diferente dos do meio acadêmico, <u>menos realistas</u> ”.	“(…) na academia muito à <u>base do imaginário</u> , ou então o professor explica e nós supomos que fazemos. A prática efetiva é muito pouca e acho que pensar no que vamos fazer, <u>o fazer efetivamente tem um impacto mais significativo</u> ”.	“(…) o <u>manequim respondeu-me, portanto, eu achei isso espetacular, porque houve aquela interação e feedback com o paciente</u> ”.

B3 - Subcategoria - Características dos simuladores na SCeE

EUE 9	EUE 10	EUE 11	EUE 12
“(…) foi tudo muito rápido, senti que ficou um bocadinho aquém do que <u>era possível de explorar</u> ”.	(…) “havido problema com a parte do som”. (…) “com <u>bastante potencial</u> ” (…) “Só que é aquilo, também é preciso os estudantes terem um tempo para se prepararem e <u>conseguir aproveitar a experiência e as potencialidades do manequim</u> ”.	(…) “foi inovador diferença abismal da academia para o CSC”. (…) “ <u>sons tal como uma pessoa normal</u> ”. (…) “fiquei fascinada e queria voltar lá se fosse possível”.	(…) “acho que às vezes eles soavam baixo, mas de resto estava em boas condições”. “Sim, eles serviram porque <u>pudemos treinar procedimentos que não conseguimos treinar no meio académico</u> ”.

B4 – Subcategoria aprendizagem desenvolvida no ambiente de SCeE

EUE 1	EUE 2	EUE 3	EUE 4
“(…) os professores nos avaliarem a prática e ficamos um pedacinho nervosos e talvez <u>acaba por dificultar o processo todo em si</u> ”.	“Nós na SCeE <u>podemos falhar</u> , para depois não falharmos com as pessoas. Eu acho que isso ajuda a <u>aprendermos com os erros</u> ”. “Neste caso, falhei no CSC, mas agora eu não vou falhar na prática, porque eu já sei o que fazer”. Acho que senti que no meio <u>académico</u> foi muito mais descontraindo e <u>consegui aprender melhor</u> . O CSC também estava mais bem preparado, tinha simuladores, coisas mais reais, <u>dava para fazer coisas diferentes do que no meio académico</u> , ainda muito focalizado na imaginação”.	“Se eu me deparar com um <u>utente que tenha as mesmas características do simulador</u> , eu já sei mais ou menos <u>por onde me guiar</u> ”.	“(…) <u>não é tão real, como na realidade</u> . Experienciamos uma parte da realidade, mas <u>podia ser melhor, podia ter mais interação por parte da pessoa</u> ”.

B4 – Subcategoria aprendizagem desenvolvida no ambiente de SCeE

EUE 5	EUE 6	EUE 7	EUE 8
<i>“No <u>CSC</u> é diferente do ambiente académico, como já disse, <u>eles conseguem responder, principalmente na parte do doente e ajuda a desenvolver uma melhor aprendizagem</u>”.</i>	<i>“(…) se fosse feito com pessoas verdadeiras era mal, porque nós íamos estar a usar pessoas como cobaias e <u>com os simuladores se nós fizermos algum erro não estamos a provocar dano à pessoa</u>”.</i>	<i>(…) “acho que <u>temos de ter mais possibilidade de ir lá mais vezes, e não ir só uma vez por ano e em contexto de avaliação.</u> Deixa-nos um pedacinho mais nervosos, porque não estamos tão à vontade, e acho que <u>não aproveitamos como devia ser aproveitado para a aprendizagem</u>”.</i>	<i>“(…) <u>ar fresco à nossa aprendizagem</u>”.</i> <i>(…) “eu senti que tinha que agir e agir mesmo”.</i>

B4 – Subcategoria aprendizagem desenvolvida no ambiente de SCeE

EUE 9	EUE 10	EUE 11	EUE 12
<i>“(…) <u>ter ali um ambiente tão real, mas, por outro lado, por ser tão real, foi bastante importante para nos preparar minimamente para o contexto clínico</u>”.</i> <i>“(…) <u>uma noção mais real de que realmente era um ambiente clínico. Foi bastante bom</u>”.</i>	<i>“Vamos lá, tivemos só um dia, ou algumas horas para ver o caso, sabermos mais ou menos o que é que vem, chegamos lá, <u>ficamos um pouco perdidos</u>”.</i> <i>“(…) quando formos para estágio, se calhar, tinha algumas coisas que <u>conseguíamos fazer ligação com o que vimos no centro de simulação</u>”.</i>	<i>“<u>Temos a parte teórica, e com a SCeE sabemos o que é que temos de fazer consoante a individualidade</u>”.</i> <i>“Nós sabemos que o <u>stress prejudica muito o estudante e vai nos levar a não aproveitar aquela experiência a 100%</u>”.</i>	<i>(…) “<u>porque há procedimentos que não conseguimos treinar no meio académico, nem em casa e conseguimos fazer isso CSC com a orientação dos professores.</u>”</i> <i>“Eu acho que nós estudantes <u>conseguimos aprender bastante, por acaso, porque cada um teve oportunidade de fazer o mesmo procedimento pelo menos uma vez no CSC, e se estivesse errado, <u>tínhamos a professora mesmo ao nosso lado e podíamos fazer outra vez</u></u>”.</i>

B5 - Subcategoria a SCeE transformadora do conhecimento

EUE 1	EUE 2	EUE 3	EUE 4
(...) <u>“eu acho que se fosse para treinar só, como fazemos na Universidade com as práticas clínicas, acho que os resultados seriam melhores até”</u>.	<u>“Quando eu fui ao CSC, foi sempre em contexto de avaliação, nas práticas académicas não”</u>. <u>“Apercebi-me das coisas que eu tenho de treinar mais, do que eu tenho maior dificuldade, e que na altura não parecia que fosse uma dificuldade para mim”</u>.	<u>(...) e eu penso que é uma forma de deixar os estudantes mais preparados para as práticas em si e psicologicamente proporciona um contacto minimamente real para a prática”</u>. <u>“(…) um método realmente muito próximo daquilo que a gente vai encontrar futuramente na prática”</u>.	<u>“No laboratório académico existe mais tempo, mais disponibilidade, mais aulas, mais dedicação pelo professor, acho que o professor se dedica bastante, e a pessoa também pode treinar. No CSC era um grupo, só uma pessoa que podia fazer uma coisa ou outra, nem toda a gente tinha oportunidades de aprendizagem”</u>. (...) <u>“alguma pressão, e a pessoa, então, também no contexto real, também tem alguma pressão”</u>.

B5 - Subcategoria a SCeE transformadora do conhecimento

EUE 5	EUE 6	EUE 7	EUE 8
(...) “acho que nos prepara <u>bastante bem, pondo em questão os nossos conhecimentos</u> (...) uma ideia do que é que podemos vir a encontrar na nossa prática clínica”. (...) “no segundo ano eu senti-me mais preparada do que nos outros anos, vou ser sincera, porque, não sei se é por isso, mas eu acho que <u>nós tivemos muitas mais práticas e isso ajudou bastante para depois fazer então a simulação</u>”.	(...) “é uma forma de termos <u>uma percepção das experiências sem estarmos propriamente a usar as pessoas nas práticas</u>” (...).	(...) “não só os cenários que o professor nos propõe, mas também haver uma parceria entre o aluno e o professor e adequar os <u>cenários às necessidades sentidas pelos alunos</u>”. (...) “também é uma realidade que se eu sentir <u>necessidade em melhorar algum aspeto, enquanto profissional, posso recorrer ao CSC para treinar</u>”. (...) “a SCeE prepara os estudantes <u>como futuros profissionais</u>”.	(...) “Portanto, a nossa orientadora no momento disse, <u>'você não conhecem a medicação, não podem administrar'</u>, e isso para mim fez-me pensar, quer dizer, <u>tens mesmo que estar aplicado, tens que perceber, tens que saber as coisas, porque senão não podes administrar uma medicação ao paciente pelas consequências que ele pode sofrer</u>”. “É nesse momento em que nós vamos realmente refletir (...)”. “Momento de <u>muita aprendizagem</u> e também, sentirmos que estamos a ter resultados <u>bons para a nossa aprendizagem</u>”.

B5 - Subcategoria a SCeE transformadora do conhecimento

EUE 9	EUE 10	EUE 11	EUE 12
<i>“<u>Aprender e saber fazer, obviamente que foi em simuladores, não foi em pessoas, é completamente diferente, temos de juntar o fator humano, mas ajuda na interiorização</u>”.</i> <i>“(…) realmente o <u>CSC acaba por promover mais realismo à simulação</u>”.</i>	<i>(…) “já tive momentos onde não consegui praticar certos procedimentos e tive de marcar nas (…) no momento da aula não tive tempo”.</i> <i>(…) “eram vários problemas para tentar resolver ao mesmo tempo. Então, pronto, sim, considero que sim, que ajuda”.</i> <i>“(…) <u>começar a envolver o raciocínio clínico</u>”.</i>	<i>(…) “como referi anteriormente, acho que é essencialmente desenvolver o espírito crítico, autonomia de resposta e o <u>contacto mais próximo ao que é a realidade em concreto</u>”.</i> <i>“(…) <u>era só ensino, só que eu acho que teve um bocadinho de avaliar o estudante</u>”.</i>	<i>(…) “os materiais que são mais modernos, são melhores no centro de simulação e nós temos a oportunidade de experimentar e ser <u>orientado pelo professor contribuindo para o desenvolvimento do conhecimento</u>”.</i>

B6 – Subcategoria inovação no ambiente de aprendizagem da SCeE

EUE 1	EUE 2	EUE 3	EUE 4
(...) “sim, é <u>inovador pelo facto de nós estarmos mais próximas da realidade</u> ”.	“Comparando como era as práticas antes do CSC de alta-fidelidade, que era só numa sala de aula, e depois <u>temos a oportunidade de ter prática simulada, não com pessoas reais (risos), mas com simuladores</u> , acho que isso é importante”.	“Sim, é inovador, justamente pelo facto de ser diferente daquilo que estamos habituados a ter contacto”.	“Eu considero, mas naquele ambiente não sei se considero tanto. Acho que podia ser mais desenvolvido, podia ter vários caminhos, <u>não precisava ser só um linear</u> ” (...)

B6 – Subcategoria inovação no ambiente de aprendizagem da SCeE

EUE 5	EUE 6	EUE 7	EUE 8
(...) “acho que é bastante inovadora, porque é <u>muito parecido à realidade</u> e dentro dos possíveis conseguimos simular alguns casos que acontecem na realidade, de forma que nós consigamos agir como futuros enfermeiros e nos <u>preparar, também, para a profissão</u> ”. (...) “acho que é bastante inovador, porque nos permite uma interação”.	(...) “se fosse feito com pessoas verdadeiras era mal, porque nós íamos estar a usar pessoas como cobaias e com os simuladores <u>se nós fizermos algum erro não estamos a prejudicar os simuladores</u> ”.	“ <u>A tecnologia</u> , o facto de termos agora simuladores que falam, reagem, dá uma outra realidade à simulação e acho que é mais nesse sentido que é inovador”.	(...) “eu acho que é inovador no sentido que nós <u>não praticamos diretamente em pessoas</u> ”. (...) “é <u>inovador também ao nível do equipamento</u> que tinha. Sim, considero inovador”.

B6 – Subcategoria inovação no ambiente de aprendizagem da SCS

EUE 9	EUE 10	EUE 11	EUE 12
<i>“O facto de ter bonecos que respiram, que se <u>assemelham muito ao corpo humano</u>, acho que é bastante inovador”.</i> <i>“Eu acho que a <u>tecnologia está inerente à inovação</u>, mas também <u>à forma como o aluno pensa, age e os próprios professores também</u>”.</i>	<i>(...) “como estudantes da enfermagem lidamos com uma pessoa que está queixosa com dor, uma saturação diminuída, então, é tanta coisa ao mesmo tempo, é inovador porque é um desafio para o aluno gerir toda a informação e resolver os problemas”.</i>	<i>“Nunca tinha tido contacto com aquele <u>nível de tecnologia</u>”.</i> <i>“Como era mais perto da realidade permitiu que eu tivesse <u>uma noção mais objetiva do cenário, mais perto da realidade</u>”.</i>	<i>“Sim, porque tal como disse, há procedimentos que não conseguimos treinar aqui na Universidade, nem em casa e <u>conseguimos fazer isso no CSC com a orientação dos professores, sozinhos provavelmente não íamos conseguir</u>”.</i>

B7 - Subcategoria parceria das estruturas académicas com a comunidade de profissionais da SCS

EUE 1	EUE 2	EUE 3	EUE 4
CSC.	CSC.	CSC.	CSC.

B7 - Subcategoria parceria das estruturas académicas com a comunidade de profissionais da SCeE

EUE 5	EUE 6	EUE 7	EUE 8
(...) “parceria com um laboratório e/ou CSC de alta-fidelidade”.	“CSC como uma mais-valia para as experiências”.	(...) “CSC como mais-valia”.	“Eu acho que aprendi muito mais no laboratório de enfermagem da faculdade do que no CSC”.

B7 - Subcategoria parceria das estruturas académicas com a comunidade de profissionais da SCeE

EUE 9	EUE 10	EUE 11	EUE 12
CSC.	CSC.	CSC.	CSC.

B8 - Subcategoria práticas educativas desenvolvidas na SCeE

EUE 1	EUE 2	EUE 3	EUE 4
----	“Eu estudo e faço uma revisão antes de ir para a simulação, mas só quando eu estou lá, eu penso, <u>às tantas a literatura diz para eu fazer assim, mas tive de fazer tudo ao contrário</u> ” (...). “Eu acho que dá para organizar melhor o pensamento”.	“Acho que foi bastante importante a <u>elaboração de um guião</u> para os possíveis cenários para a nossa orientação”.	“ <u>Reflexão dos casos clínicos</u> ”.

B8 - Subcategoria práticas educativas desenvolvidas na SCeE

EUE 5	EUE 6	EUE 7	EUE 8
(...) “<u>caso de AVC</u>, o que é que fazemos nesse caso, ele dá-nos os dados e conforme os sinais vitais ou mesmo a reação do robô, como é que nós reagiríamos”. Demonstração na resolução de um caso.	Desconhece práticas educativas.	(...) “se <u>tivéssemos algum dia disponível para uma demonstração</u> antes do efetivo dia da avaliação, conseguíamos estar mais à vontade para aprender, porque sabemos que o erro também gere aprendizagem”.	Não abordou práticas educativas.

B8 - Subcategoria práticas educativas desenvolvidas na SCeE

EUE 9	EUE 10	EUE 11	EUE 12
“<u>Demonstração dos procedimentos</u>, é isso?”	“Não. Eu sei que, nós vamos lá, fazemos um caso, desenvolvemos aquele caso, e depois fazemos uma <u>reflexão</u>”.	“<u>Exemplificação de um caso clínico</u>”.	“Simulação de projetos individuais”. “Importante para esclarecer dúvidas”.

B9 - Subcategoria educação transformadora da SCeE

EUE 1	EUE 2	EUE 3	EUE 4
---	---	---	---

B9 - Subcategoria educação transformadora da SCeE

EUE 5	EUE 6	EUE 7	EUE 8
---	---	---	---

B9 - Subcategoria educação transformadora da SCeE

EUE 9	EUE 10	EUE 11	EUE 12
---	<i>(...) “daqui a tantos meses já vai ser uma pessoa real e seria bom no caso começar a envolver o <u>raciocínio clínico</u>, também”.</i>	---	---

C - CATEGORIA caracterização da prática clínica simulada

C1 – Subcategoria sentimento de apropriação na elaboração do projeto da SCeE

EUE 1	EUE 2	EUE 3	EUE 4
Não participou na elaboração do projeto de simulação. Desconhece o termo projeto de simulação.	<i>“Pois, isso, por acaso, <u>nunca tive essa experiência de elaborar um projeto de simulação</u>”.</i>	<i>“<u>Eu como estudante, no projeto de simulação, eu sinto que nós não tivemos nenhuma participação, a não ser que fosse ali no momento, nenhuma pré-participação</u>”.</i>	<i>(...) “a pessoa <u>entra na prática de simulação e já entrou lá num desconhecimento, (...) Faltou alguma informação ou conhecimento (...)</u>”.</i> <i>“O <u>envolvimento foi parcial... talvez devíamos ter sido mais, envolvidos no projeto</u>”.</i>

C1 – Subcategoria sentimento de apropriação na elaboração do projeto da SCeE

EUE 5	EUE 6	EUE 7	EUE 8
<i>(...) “no laboratório de simulação o caso aleatório é <u>feito pelos professores</u>”.</i>	---	<i>“Neste momento, acho que <u>é só realizado e programado pelos outros</u>. Nós chegamos lá e fazemos o que é proposto, não nos é dada informação do que é que vai acontecer”.</i>	Não participou na elaboração da SCeE.

C1 – Subcategoria sentimento de apropriação na elaboração do projeto da SCeE

EUE 9	EUE 10	EUE 11	EUE 12
<i>“Naquele caso, simplesmente o cenário já estava montado, o caso já estava ocupado”.</i> <i>(...) “o <u>estudante deve envolver-se no projeto</u>, (...) <u>há sempre visões diferentes que acho que devem ser tidas em conta</u>.”</i>	<i>(...) “eu sou uma pessoa que estudo, então a professora mandou o caso, <u>eu li o caso, tentei perceber, cheguei lá e na mesma eu estava perdida, não sabia o que fazer</u>”.</i> <i>(...) “se consultarmos o caso com uma antecipação maior... a pessoa consegue aprofundar conhecimentos e assim sente-se mais preparada”.</i>	<i>(...) “deram a sintomatologia da pessoa, mas resumiram um bocado o caso, ou seja, <u>nós não sabíamos muitas das coisas que nós precisamos de saber para intervir na pessoa como um todo</u>”.</i>	<i>“Eu acho que podíamos <u>ter melhor preparação aqui na Universidade e no debriefing</u>, faziam sempre no final, a maior parte dos estudantes sentiam (...) nervosismo e ansiedade ao estarem lá”.</i> <i>“Sim <u>envolver o estudante na preparação</u>, por exemplo, dar ideias de uma matéria que tenha mais dificuldade ou então que a turma em geral tenha mais dificuldade, <u>preparar casos para esse assunto específico</u>”.</i>

C2 – Subcategoria modelos de suporte para a simulação clínica

EUE 1	EUE 2	EUE 3	EUE 4
<i>“Não estou a lembrar”.</i>	<i>“Não.”</i>	<i>“Não.”</i>	<i>“Não conheço nenhum modelo”.</i>

C2 – Subcategoria modelos de suporte para a simulação clínica

EUE 5	EUE 6	EUE 7	EUE 8
<i>“Não”. Só se eu estou esquecida, não foi falado em modelos”.</i>	Não utilizou nenhum modelo.	<i>“Acho que não”.</i>	<i>“Não consigo agora lembrar”.</i>

C2 – Subcategoria modelos de suporte para a simulação clínica

EUE 9	EUE 10	EUE 11	EUE 12
<i>“Não conheço modelo para a prática de simulação clínica”.</i>	Não utilizou modelo de simulação. <i>(...) “era bom porque a pessoa já chega lá e tem mais ou menos uma noção em que ordem vai fazer as coisas”.</i>	<i>“Sim, o modelo de enfermagem só”.</i>	<i>“Modelo de quê?”</i> Desconhece modelo de simulação.

C3 - Subcategoria contexto da simulação clínica

EUE 1	EUE 2	EUE 3	EUE 4
<i>“<u>Avaliativo</u>”.</i> <i>(...) “CSC”.</i>	<i>(...) “Já fui algumas vezes ao CSC a pedido de dois professores em <u>contexto de avaliação</u>”.</i>	Experiência <u>no laboratório do CSC</u>.	Experiência no <u>laboratório do CSC</u>.

C3 - Subcategoria contexto da simulação clínica

EUE 5	EUE 6	EUE 7	EUE 8
Laboratório acadêmico e CSC.	Laboratório acadêmico e CSC	Laboratório acadêmico e CSC	Laboratório acadêmico e CSC

C3 - Subcategoria contexto da simulação clínica

EUE 9	EUE 10	EUE 11	EUE 12
Laboratório acadêmico e CSC	Laboratório acadêmico e CSC	Laboratório acadêmico e CSC	Laboratório acadêmico e CSC

C4 - Subcategoria preparação da SCS e o prebriefing

EUE 1	EUE 2	EUE 3	EUE 4
<i>“Sinceramente, a <u>preparação é pouca ou nenhuma</u>”.</i> <i>“(…) muito diferente, porque nós não temos essa prática cá na Universidade para ser igual à prática no CSC”.</i> <i>“<u>Prebriefing não me lembro, mas pós sim</u>”.</i>	<i>“(…) por ser um momento que nós ficamos muito nervosos, não conseguimos aproveitar aquilo para aprender”.</i> <i>“Eu acho que <u>tínhamos de ser mais bem preparados, por exemplo, não ir ao CSC sem saber o que vamos fazer</u>”.</i>	<i>“Os estudantes são preparados para a simulação, sim”. “<u>Não houve um prebriefing</u>.”</i> <i>“Quando a gente chegou no centro de simulação, (…) <u>foi o primeiro contacto, tanto com aquele espaço físico, tanto com o manequim, quanto com o caso</u>”.</i> <i>“(…) <u>não tive um pré-contacto com o caso em si</u>”:</i>	<i>“<u>Não foi realizado</u>”.</i> <i>“Claro que o professor auxiliou em todos os passos, mas notava-se que havia um pouco de <u>desconhecimento por parte dos alunos</u>, não por não saberem, mas por não terem experiências anteriores”.</i> <i>(…) “eu <u>acho que se a pessoa conhecesse o espaço o estudante sentir-se-ia mais à vontade e a ação correria melhor</u>”.</i>

C4 - Subcategoria preparação da SCeE e o prebriefing

EUE 5	EUE 6	EUE 7	EUE 8
<u>“Não teve esta experiência”.</u>	(...) “acho que ainda não, mas talvez antes do estágio com a orientação do orientador talvez eu vou me sentir mais preparada”. “Mas agora eu estou meia perdida na simulação, <u>não sei propriamente o que é que eu vou lá fazer</u>”. “<u>É importante para conhecermos o espaço e sabermos como é que ele funciona</u>”.	(...) “<u>de uma forma ou de outra foi realizado entre nós, alunos, quando estamos a discutir o que é que pode vir, poderemos responder qual a melhor forma de agir</u>”. “Com os professores, que eu me recorde, posso estar em erro, mas que eu me recorde, <u>acho que não aconteceu o prebriefing</u>”.	(...) “estava <u>bem preparada no sentido que eu considero que foi lecionada toda a teoria que foi requerida para aquela situação específica</u>”. “<u>É assim, nós chegamos ao laboratório, aguardamos e depois entramos logo para a sala, foi nos dado o caso</u>”.

C4 - Subcategoria preparação da SCeE e o *prebriefing*

EUE 9	EUE 10	EUE 11	EUE 12
<i>“(…) temos pouco <u>tempo de prática para assimilar tudo</u>”.</i> <i>(…) “foi explicado como é que funcionava, mas ao nível físico do edifício, de como é que se organiza o centro de simulação, (…) mas a verdade é que não me preparou para grande coisa”.</i> <i>“Acho que é importante, mas não é assim, não sei, talvez de outra forma, não como foi feito”.</i> <i>(…) “só houve mesmo a explicação teórica em sala de aula”.</i>	<i>“<u>Nada preparados, (…)</u>”.</i> <i>(…) “foi feito um prebriefing, eu gostei, acho que é necessária para nós também conhecermos o espaço como é que funciona”</i> <i>(…) “mostraram o espaço e o CSC”.</i> <i>(…) “também se calhar considero que não vamos tão preparados para a SCeE”.</i>	<i>(…) “nós recebemos <u>um guião</u>, por isso eu sentia que estávamos perfeitamente preparados” (…)</i> <i>(…) “<u>nós vimos o espaço, sim, não tivemos foi oportunidade de tocar no manequim</u>”.</i> <i>(…) “foram excelentes, tínhamos toda orientação necessária”.</i>	<i>(…) “duas enfermeiras que lá trabalhavam mostraram os espaços, <u>mostraram como funcionava, mostraram as salas e foi bom para sentirmos também, mais à vontade e conhecermos melhor o espaço</u>”.</i>

C5 - Subcategoria fase de *briefing* na SCeE

EUE 1	EUE 2	EUE 3	EUE 4
Desconhece a fase do <i>briefing</i> .	Não identifica a fase do <i>briefing</i> .	<i>“Foi muita informação para assimilar rapidamente ao mesmo tempo. Era ler o caso, era identificar o espaço, aquele espaço que eu nunca tinha estado antes, <u>era identificar as funcionalidades do manequim e como é que ele interagia diante o caso que foi proposto</u>”.</i>	<i>“Senti um pouco de <u>ansiedade, um pouco de nervosismo, porque é o desconhecido, como não se conhecia as instalações, também não sabíamos o que é que íamos encarar e as expectativas muito altas</u>”.</i>

C5 - Subcategoria fase de *briefing* na SCeE

EUE 5	EUE 6	EUE 7	EUE 8
<i>(...) “o <u>briefing</u>, pela minha experiência, é <u>uma coisa muito rápida</u>”.</i> <i>“O Enfermeiro diz o que é que vai acontecer, como é que funciona, como é que podemos interagir e depois diz qual é o material que existe para ser utilizado”.</i>	<i>(...) “acho que é importante, antes de chegar à parte do CSC, a gente já vai pensando o que é que temos que fazer quando chegarmos lá”.</i>	<i>(...) “termos <u>uma noção de qual é o caso</u> que nos vai ser dado para também podermos conseguir ter algum tipo de <u>preparação mínima para reagir dentro do tempo útil</u>”.</i>	<i>“É um bocado assustador, porque a experiência é nova no centro de simulação. Se calhar, <u>já temos mais aquela sensação que é um cenário real e que temos de estar à altura da situação</u>”.</i>

C5 - Subcategoria fase de *briefing* na SCeE

EUE 9	EUE 10	EUE 11	EUE 12
“(…) <u>foi feita a apresentação do caso</u>”. “Nós não sabíamos o que é que nos ia calhar”. “<u>Só quando entramos na sala com o cenário montado é que foi feito esse briefing</u>”. “Não sei, <u>se calhar era suposto ser mesmo atribulado</u>, mas eu bloqueei um bocadinho nessa fase (…)”.	(…) “nós <u>chegamos lá, lemos o caso e a professora começou a fazer perguntas</u>, mas nós só tivemos, não sei, 6 a 10 minutos, para ler o caso, não estávamos muito preparados, <u>quase ninguém respondia</u>”.	“Se eu pudesse resumir numa palavra a experiência, <u>acho que foi um choque, porque foi nesse momento eu senti que eu vou fazer como enfermeira</u>”. (…) “estou mesmo aqui para ser enfermeira, isto é a preparação para a realidade, foi um choque, mas no bom sentido”.	“Foi <u>mesmo na sala, tinha um manequim e a professora lia o caso, ou então dava uma folha e nós alunos, em grupo, liamos, e depois a professora disse, ‘agora façam’ e começávamos logo a trabalhar no problema</u>”. “Um pouco de nervosismo, porque também estávamos a ser avaliados”.

C6 - Subcategoria experiência educativa com o participante simulado na SCeE

EUE 1	EUE 2	EUE 3	EUE 4
“Participação de um participante que desempenhou o papel de Enfermeiro”. “Foi uma <u>ajuda para complementar algumas limitações do manequim</u>”.	“Sim”. (…) “comparando com outras simulações só com o manequim, <u>o participante simulado (enfermeiro) ajuda bastante, principalmente porque nós estamos a fazer algo e ele interage na simulação</u>”.	“<u>Não tive experiência com o participante simulado</u>”.	“Não, só tive um manequim, mas se calhar, <u>se tivesse uma pessoa, seria benefício para os alunos melhorar os conhecimentos</u>”.

C6 - Subcategoria experiência educativa com o participante simulado na SCeE

EUE 5	EUE 6	EUE 7	EUE 8
<i>“Tínhamos o enfermeiro, também, <u>mas era mesmo só para supervisionar a prática</u>”.</i>	<i>“<u>Foi interessante, porque às vezes nós ficamos só no doente, mas esquecemo-nos, por exemplo, da família ou dos acompanhantes do doente</u>” (...) “também temos de prestar os cuidados tendo em atenção os familiares”.</i>	<i>(...) “é importante para promover a <u>tomada de decisão no trabalho de equipa e nos contextos multiprofissionais</u>”.</i>	<i>“Não, éramos os colegas da turma, fomos quatro e o professor que estava a orientar”.</i>

C6 - Subcategoria experiência educativa com o participante simulado na SCeE

EUE 9	EUE 10	EUE 11	EUE 12
Sem experiência de simulação com o participante simulado.	<i>“Não, não houve”.</i>	Sem experiência com o participante simulado.	Sem experiência com o participante simulado.

C7 - Subcategoria experiência e vivências na SScE

EUE 1	EUE 2	EUE 3	EUE 4
<i>“Houve uma ou duas vezes, em anos anteriores, <u>que nós fomos treinar e depois chegamos a fazer a avaliação prática, mas foi só uma vez, mas este ano só foi mesmo avaliativa e nós ficamos com muita pressão em cima de fazer correto, e as coisas acabam por não vir da forma mais correta</u>”.</i> <i>“<u>Na simulação clínica nós já sabemos que é um momento de avaliação (...)</u>”.</i> <i>“Nas práticas clínicas da Universidade, temos os professores, sempre estão ali a nos acompanhar, é diferente. <u>Eu vejo nesse aspecto, que seja diferente</u>”.</i>	<i>(...) “<u>acho que é muito importante mesmo, porque depois para a prática clínica sinto-me mais confiante para as intervenções de enfermagem</u>”.</i> <i>“<u>Acho que foi muito bom, apesar de eu na altura não refletir sobre a importância que isso teve para a aprendizagem (...)</u> quando eu repetia essa experiência, eu via que estava a evoluir”.</i>	<i>“O sentimento que eu tive foi que necessitava de um raciocínio lógico, uma resposta rápida”.</i> <i>“<u>Eu não sabia ao que vinha, apesar de ter uma noção, não sabia o que vinha em seguida</u>”.</i> <i>“(…) e eu falhasse naquela etapa, pronto, <u>tinha falhado, não tinha corrido tão bem</u>”.</i>	<i>“Sim, uma <u>experiência nova e muito rápida</u>”.</i> <i>“(…) o professor <u>foi um auxiliar, mas os alunos por si sós, sozinhos, não conseguiam</u>”.</i> “Tinha alguma dificuldade em manusear o caso”. <i>“Podia ter sido melhor, <u>nós tentamos comunicar, mas a nível dos sons do boneco, da fala, mal se ouvia, por isso, a comunicação entre o manequim e o estudante era complicada (...), a organização também não foi a melhor</u>”.</i>

C7 - Subcategoria experiência e vivências na SScE

EUE 5	EUE 6	EUE 7	EUE 8
“Pronto, eu acho que <u>devíamos quebrar um bocadinho mais o gelo para não ser um momento só de avaliação e sim mais de aprendizagem</u>, (...) <u>interagir mais com os intervenientes da SScE</u>”. “Eu lembro-me que fiquei ainda mais nervosa, porque ainda não tinha estado na prática clínica, e nos estágios. Mas pronto, também <u>nos ajuda a ver em que é que podemos melhorar</u>”. (...) “<u>eu acho que era importante para o estudante ficar mais contente com a sua prática</u>, a primeira vez foi um bocadinho, assim, um choque para mim (...)”.	(...) “como <u>equipa era a primeira vez</u>, nós não sabíamos muito bem o que é que íamos fazer, <u>nós estávamos um bocado nervosos</u>”. “(...) a professora, tendo em conta que era a primeira vez, orientou-nos dando algumas orientações que, se calhar, das próximas vezes, já não vai dar”. (...) “dá-nos <u>uma perspetiva mais próxima da realidade</u>”.	(...) “centro de simulação, <u>não só em momentos de avaliação, mas também como treinos</u>”. (...) “já tive <u>experiências boas</u>, em que <u>efetivamente conseguimos atingir as expectativas que nos eram pedidas</u> (...) mas também <u>já tive experiências de chegar, ficarmos bloqueados e não saber bem o que fazer</u>”.	“Eu senti que a comunicação que eu tive com o <u>simulador, no CSC, foi mais real</u>”. “Senti que queria mais, porque é benéfico”. “<u>Uma coisa nós estarmos a ter a teoria e o professor estar a transmitir e outra coisa é nós estarmos realmente na prática simulada</u>”. (...) “relação entre todos os intervenientes é essencial, porque é aquilo que <u>vai acontecer na prática com os pacientes reais, e em muitas situações</u>”.

C7 - Subcategoria experiência e vivências na SCeE

EUE 9	EUE 10	EUE 11	EUE 12
<i>“<u>Não consegui ver uma interação, muito forte</u>”.</i> <i>(...) “<u>foi um bocadinho diferente do que acontece nas aulas, por causa desse nervosismo que estava implícito</u>”.</i>	<i>“<u>É assim, é uma experiência boa, mas (...) no momento das práticas laboratoriais não conseguimos todos praticar</u>”. “Muito tenso e desconfortável”.</i> <i>(...) “um pouco stressada, frustrada, ansiosa, ... eu <u>sentia bastante pressão</u>” (...).</i> <i>(...) “era um dos principais problemas quando íamos lá, <u>era tanta coisa e não sabíamos por onde começar</u>” (...).</i> <i>(...) “<u>troca de ideias e procurar estratégias para lidar com os problemas que vão surgindo</u>”.</i> <i>“Numa delas <u>senti-me à vontade para tirar dúvidas</u>”.</i> <i>(...) “<u>preferi não falar para não lidar com comentários</u>”.</i>	<i>(...) “eu senti que era algo íntimo. Identifiquei o meu papel e estávamos todos para uma experiência de aprendizagem ativa”.</i> <i>(...) “<u>falávamos com o manequim como se estivéssemos a falar com um colega nosso e foi um ambiente acolhedor</u>”.</i> <i>(...) “senti que era <u>um ambiente acolhedor</u>, o técnico do laboratório da SC estava lá e <u>queria contribuir para a nossa aprendizagem</u>”.</i> <i>“Acho que devo ter ido ao centro de simulação clínica umas três ou quatro vezes no ano passado, <u>e se pudesse ir mais, até acho que ia</u>”.</i> <i>(...) “o centro de simulação <u>é essencial para o estudante</u>”. “(...) como eu já referi também estava a nos avaliar”.</i>	<i>“Eu acho que nós estudantes <u>conseguimos aprender bastante, porque cada um teve oportunidade de fazer o mesmo procedimento pelo menos uma vez no centro de simulação</u>”. (...) “e se fizesse o errado, tínhamos a professora mesmo ao nosso lado e podíamos fazer outra vez (...)”.</i> <i>(...) “é necessário para <u>fomentar o trabalho em equipa e potenciar a dinâmica que já temos na formação de base</u>”.</i>

C8 – Subcategoria contributos da fase *debriefing*

EUE 1	EUE 2	EUE 3	EUE 4
(...) “<u>é um momento de reflexão e com isso aprende-se muito, e é onde nós conseguimos perceber em que é que erramos e como podemos melhorar, e o que podíamos ter feito, isso sim, é valioso</u>”.	“Eu acho que deu para aprender bastante, acho que <u>aprendi até mais nessa reunião do que na prática em si</u>”. “Consegui perceber muitas coisas, o que eu falhei e a necessidade de mudar de comportamento”.	“O debriefing foi basicamente uma das <u>etapas mais importantes, pelo menos para mim. Eu diria que a prática foi 60% e o debriefing foi os 40%</u>.” (...) “<u>etapa muito importante para o estudante analisar os pontos fracos que é preciso trabalhar e reforçar os pontos positivos</u>”.	(...) “<u>realmente conseguimos tirar muitas ideias, o que foi bom</u>”. “O que foi menos bom foi a <u>valorização excessiva dos aspetos negativos e os aspetos positivos secundarizados</u>”. “As <u>reflexões foram importantes para os estudantes</u>”.

C8 – Subcategoria contributos da fase *debriefing*

EUE 5	EUE 6	EUE 7	EUE 8
“A <u>minha experiência foi um bocadinho assustadora, porque, como era visto como uma avaliação</u> (...)”.	“Neste caso, <u>a professora deu-nos o feedback, como é que tinha corrido, e depois fizemos diagnósticos, intervenções, e os registos</u>”.	(...) “<u>a parte mais importante, porque quando estamos a realizar a SCeE não temos muito feedback do que estamos a fazer efetivamente</u>”. (...) “<u>é importante para reunir opiniões, pontos de vista do que é que podemos melhorar</u> (...) fase muito importante”.	“Eu acho esta <u>fase extremamente importante, porque dá-nos oportunidade com o professor analisar os erros</u>”. (...) “<u>analisamos também aspetos positivos e o que fizemos de bem. Considero um momento de muita aprendizagem e reflexão</u>”.

C8 – Subcategoria contributos da fase *debriefing*

EUE 9	EUE 10	EUE 11	EUE 12
<u>“(…) conseguimos ter a noção do que fizemos lá dentro e até coisas que ninguém reparou que fez, bem ou mal, e que o professor apontou”.</u> <u>(…) “foi bastante importante, porque senão a experiência não tinha tido peso nenhum na aprendizagem”.</u>	<u>“Relativamente à nossa reunião, em específico umas correram muito bem, serviram de crescimento a nível académico (…) a pessoa consegue identificar o que é que eu fiz mal e o que tenho de ter em atenção da próxima vez”.</u> <u>(…) “também teve outras onde foi muito negativo e a pessoa ficou desmotivada, mas vale a pena fazer esta reunião”.</u>	<u>“Foi muito bom, porque às vezes a nossa autoavaliação é um bocadinho dispar da realidade”.</u> <u>(…) “fui um bocado crítica, porque eu sou perfeccionista e achei que não demonstrei realmente todo o meu potencial, e a professora não, a professora tinha outra opinião sobre o meu desempenho, ela disse que o que eu tinha feito era expectável pelo primeiro contacto com a realidade”.</u> <u>“Conseguimos nos avaliar a todos e ter a noção do que foi feito de bem e menos bem”.</u>	<u>(…) “nós falávamos do caso, a professora dizia o que tínhamos feito de errado e o que tínhamos feito certo e depois também dizia o que nós achávamos”.</u> <u>(…) “o que é que nós achávamos do caso que tivemos, dos sentimentos que sentimos e também pedia para nós darmos sugestões para melhorar”.</u>

C9 - Subcategoria resultados e ganhos com a SCeE

EUE 1	EUE 2	EUE 3	EUE 4
(...) “os únicos ganhos que trago da prática <u>simulada é refletir o que é que fiz bem, o que é que não fiz e o que é que poderia ter feito melhor nesse momento</u>”. (...) “dá para conhecer um pedacinho <u>do que me espera no futuro</u>. Mais benefícios não estou a ver”.	“Apercebi-me das coisas que eu tenho de treinar mais, do que eu tenho maior dificuldade e que <u>na altura não parecia que fosse uma dificuldade para mim</u>”.	“Ganho <u>de aprendizagem</u>, ganho de experiência, ganho de interação, ganho de <u>trabalho de equipa</u>, ganho de interação, ganho de <u>experiência e apreensão da realidade prática</u>”.	“Ganhei <u>alguns conhecimentos</u>, mas podia ter ganho mais (...)”.

C9 - Subcategoria resultados e ganhos com a SCeE

EUE 5	EUE 6	EUE 7	EUE 8
(...) “ter esse <u>primeiro contacto mais real</u>”. (...) “mais perto da realidade dos utentes e ter a oportunidade de interagir com essa tecnologia que são os robôs”. (...) “Ponto de vista é mais parecido ou real”.	“Antes, se calhar, havia coisas que quando estava a pensar teoricamente não fazia sentido na prática, agora depois da SCeE <u>já sei que na prática clínica vou ter que chegar lá e vou ter que fazer o que na teoria não pensava</u> (...)”.	“Uma estudante com mais experiências e <u>mais preparada para resolver os problemas da prática clínica</u>”.	“Ganhos, muitos”. (...) “sentir que é muito importante <u>trabalhar em equipa</u>”. (...) “houve uma interação e também oportunidade de ver um <u>ambiente supostamente mais real</u>”.

C9 - Subcategoria resultados e ganhos com a SCeE

EUE 9	EUE 10	EUE 11	EUE 12
“(…) <i>aprender com os erros, mas também treinar em algo que não é o paciente</i> ”.	“(…) <i>adquirir competências na parte prática... daqui a uns meses vai ser uma pessoa real</i> ”.	“ <i>Confiança, essencialmente, <u>confiança em mim própria</u>. Acho que foi mesmo a confiança.</i> ”	(...) “ <i>eu não sei explicar bem, eu dizia, por exemplo, <u>desenrascar um pouco mais na hora</u>, porque é na hora que temos de saber o que fazer, ou então <u>trabalhar em equipa</u>. Se não souber atuar é necessário saber pedir ajuda</i> ”

C10 - Subcategoria os casos clínicos desenvolvidos na SCeE

EUE 1	EUE 2	EUE 3	EUE 4
(...) “ <i><u>adequados à realidade</u></i> ”.	(...) “ <i>foram <u>bem construídos</u></i> ”.	“ <i>Eu acho que foi uma <u>escolha certa para aquilo que a gente vai ter no estágio</u>, foi em conformidade com a teoria lecionada</i> ”.	“ <i>Medianos porque tivemos a <u>ajuda do professor</u>, senão eu não sei como é que seria</i> ”.

C10 - Subcategoria os casos clínicos desenvolvidos na SCeE

EUE 5	EUE 6	EUE 7	EUE 8
(...) “ <i><u>falta sempre qualquer coisa em relação à realidade</u></i> ”.	“ <i>Acho que eram <u>apropriados, tendo em conta o nosso grau académico</u></i> ”.	(...) “ <i>são casos <u>adequados, pelo menos no âmbito da cadeira lecionada</u> e até foram interessantes</i> ”.	“ <i><u>complexos</u></i> ”

C10 - Subcategoria os casos clínicos desenvolvidos na SCeE

EUE 9	EUE 10	EUE 11	EUE 12
(...) “acho que sim, acho que foram <u>adequados</u> ”.	(...) “achei um pouco <u>confuso</u> podem ser entregues com maior <u>antecipação</u> ”.	“Eu na minha perspectiva achei que poderiam ser um <u>bocadinho mais realistas</u> ”.	“Eu acho que, talvez por ter havido um pouco <u>mais de diversidade</u> ”. “Das últimas vezes que fui para o centro de simulação, então, foi individual”.

C11 - Subcategoria o papel do estudante na SCeE e o seu bem-estar individual e coletivo

EUE 1	EUE 2	EUE 3	EUE 4
“Talvez não sei se é possível, mas talvez, <u>antes de haver uma avaliação deveria haver um treino no local da SCeE</u>”. “<u>Papel de cumprir com as orientações do professor. Interpretar a SCeE como um espaço para avaliar a aquisição de competências adquiridas</u>”.	“Quando chego ao centro de simulação é que eu sei qual é o caso, como é que é, não tenho muita experiência (...)” “(…) <u>é sempre o professor que organiza essa parte toda</u>”. “(…) <u>estudante não foi chamado a participar na elaboração, exerce um papel de cumprir com o que é planeado pelo responsável</u>”.	“Tive que olhar para aquelas possíveis situações <u>e tentar imaginar o que é que poderia acontecer</u>, o que é que poderia vir, tive que <u>pesquisar também a questão dos fármacos</u>, que era importante para cada caso”.	“Foi <u>um papel ativo, estávamos lá todos presentes, tratamos do caso com o auxílio do professor</u>, mas podia ser muito mais tempo”.

C11 - Subcategoria o papel do estudante na SCeE e o seu bem-estar individual e coletivo

EUE 5	EUE 6	EUE 7	EUE 8
“(…) um bocadinho separado o estudante do profissional e do professor. <u>A experiência da SCeE é vista como uma avaliação de competências</u>”. “(…) se o <u>estudante perguntar alguma coisa ou se tiver alguma dúvida é visto como se não estudasse</u>”.	“Acho que era importante <u>participarmos no planeamento dos casos</u> para que nós estudantes fossemos úteis a darmos <u>ideias de casos</u>”.	(…) “sentimos sempre um pedacinho de nervoso, porque é quando vamos em contexto de <u>avaliação</u>”. “(…) <u>conta para nota e acho que isso influencia negativamente o envolvimento do estudante</u>”.	(…) “<u>eu senti que tinha que agir, e agir mesmo, portanto, houve uma situação no nosso caso específico, em que nós não conhecíamos uma medicação em específico, e não pudemos cuidar de uma paciente</u>”.

C11 - Subcategoria o papel do estudante na SCeE e o seu bem-estar individual e coletivo

EUE 9	EUE 10	EUE 11	EUE 12
“Talvez eu não sei como é que se vai processar no futuro, mas penso que era importante <u>colocar os casos práticos que vamos ter no estágio no CSC, (…)</u> <u>ver os erros e limar as arestas que são precisas</u>”. (…) “acho que é importante os <u>estudantes estarem envolvidos, também nessa formulação de cenários</u>”.	“(…) não vejo como um papel a cumprir, mas sim um <u>recurso para desenvolver as nossas capacidades, as nossas competências e se lá errarmos serve para aprender para o futuro</u>”.	“O problema aqui foi um bocado <u>o stress, por ser uma nova experiência, porque nós tínhamos de provar que era merecedora de estar no CSC</u>”.	“(…) <u>nós é que fazíamos tudo, digamos, mas depois falavam connosco e diziam-nos o que tínhamos feito de errado ou então o que tínhamos a melhorar e pronto, faziam críticas construtivas para nós</u>”.

C12 - Subcategoria planeamento participativo do estudante na SCeE

EUE 1	EUE 2	EUE 3	EUE 4
“Na preparação do cenário o estudante não foi envolvido”. <u>“Elaborado somente pelo professor”</u>.	---	“Se eu não tivesse feito aquela pesquisa, não tivesse me preparado, não tivesse olhado para o papel e dado alguma atenção, não teria me preparado muito bem para a simulação”. <u>“Não participei no planeamento”</u>.	<u>“O envolvimento foi, digamos, parcial. Ficamos envolvidos, mas talvez devíamos ter tido mais. Podíamos estar mais envolvidos no projeto”</u>.

C12 - Subcategoria planeamento participativo do estudante na SCeE

EUE 5	EUE 6	EUE 7	EUE 8
“(…) chegamos lá e só sabemos do caso mesmo na hora”.	(…) “se calhar também <u>era importante participarmos no planeamento dos casos</u>”.	(…) “acho que também seria interessante <u>termos dias em que possamos sugerir uma programação ou um cenário para também podermos, em conversação com os professores, expor quais as situações que nós estamos mais inseguros e podermos treinar essas partes também</u>”.	---

C12 - Subcategoria planeamento participativo do estudante na SCeE

EUE 9	EUE 10	EUE 11	EUE 12
Não participou no planeamento da SCeE.	<i>“Eu achava bom, porque para mim o estudante tem de ter um <u>maior envolvimento sobre o que vai ser feito e perceber também como melhorar o seu raciocínio clínico</u>”.</i> <i>“No meu caso não fizemos isso, <u>o professor simplesmente entregava um caso, mas considero que era uma boa estratégia</u>”. (...)</i> <i>“não sei se os casos são os professores que fazem ou é o próprio CSC”.</i>	<i>“Numa perspetiva, eu acho que sim, porque é o que nós vamos ter no serviço”.</i> <i>“Por outro lado, <u>acho que a participação do estudante vai permitir consolidar os nossos conhecimentos</u>”.</i>	<i>“Nas primeiras três vezes que nós fomos ao centro, por acaso não foi aleatória, nós tínhamos que preparar, saber a matéria que tínhamos ao longo dos meses, mas acho que na última vez que nós fomos, <u>cada um de nós estava a fazer um projeto individual e o caso que nos foi dado no centro de simulação foi tendo por base esse projeto</u>”.</i>

C13 - Subcategoria espaços democráticos e cultura da prática simulada

EUE 1	EUE 2	EUE 3	EUE 4
Não foi discutido nas experiências de SC.	Não foi discutido nas experiências de SC	Não foi discutido nas experiências de SC	<i>“tudo muito rápido, <u>não houve espaço para esse debate</u>”</i>

C13 - Subcategoria espaços democráticos e cultura da prática simulada

EUE 5	EUE 6	EUE 7	EUE 8
Não houve debate sobre a cultura da prática simulada.	Não houve debate sobre a cultura da prática simulada.	<i>“sempre foi inculcido, termos a prática simulada, tanto na academia como no centro de simulação para termos as aulas práticas”.</i>	Não houve espaço para esse debate.

C13 - Subcategoria espaços democráticos e cultura da prática simulada

EUE 9	EUE 10	EUE 11	EUE 12
<i>(...) “no <u>segundo ano já se começa a falar dessa importância, por causa das visitas ao CSC</u>”.</i>	Não foi abordado a temática sobre a implementação de uma cultura de prática simulada.	<i>“Sim. Explicaram-nos, antes de nós irmos ao CSC o que é que nós estávamos à espera e quais seriam as <u>vantagens para a nossa aprendizagem</u>”.</i>	<i>“<u>Perguntavam sempre se achávamos que tinha valido a pena ir ao centro de simulação. E pronto, dizíamos que sim</u>”.</i>

D - CATEGORIA – Inovação e investigação na SCS

D1 – Subcategoria Investigação e parcerias na SCS.

EUE 1	EUE 2	EUE 3	EUE 4
Desconhece estudos na área	“Não. (...) no meu caso <u>nunca tive essa oportunidade de falar sobre esses assuntos</u> ”.	“Foi mencionado minimamente a importância da SCS e o ganho que aquilo ia trazer para nós, <u>mas não foi desenvolvida a abordagem a estudos de investigação</u> ”.	“Não. <u>Como a experiência foi muito rápida, nem sequer deu tempo de atender a esses aspetos</u> ”.

D1 – Subcategoria Investigação e parcerias na SCS.

EUE 5	EUE 6	EUE 7	EUE 8
“Em volta da SCS, não”.	“Não me lembro”.	“ <u>que tenham nos dito, acho que não, mas tenho a ideia que pelo menos a inteligência artificial vai começar a ser mais utilizada. Eu acho que era um bom caminho</u> ”.	“ <u>Não houve espaço para debater estudos de investigação</u> ”.

D1 – Subcategoria Investigação e parcerias na SCS.

EUE 9	EUE 10	EUE 11	EUE 12
<i>“Provavelmente falaram, <u>não me recordo ao certo se falaram de algum estudo, mas acredito que haja e acho que faz todo o sentido cada vez mais haver estudos na área</u>”.</i>	<i>“Não. Que eu me lembre, não”.</i>	---	---

Apêndice 4 | Transcrição das entrevistas individuais dos professores

Transcrição das entrevistas individuais dos professores

Transcrição da entrevista individual PUE A (duração 20 minutos)

Subcategorias	PUE A
A1 - Género	Feminino
A2 - Idade	44
A3 - Contexto profissional	Professora Ensino Superior
A4 - Residência	Canico
A5 – Percurso académico	Doutoramento

Investigador principal: Então, dando início à entrevista, eu começaria por perguntar, na sua opinião, como é que descreve a simulação clínica?

PUE A: A simulação clínica eu acho que é uma mais-valia, no ensino, na aprendizagem dos estudantes, porque aproxima muito da prática os casos, tornando-os quase reais e permite o aluno experienciar as situações, quase em tempo real, e acho que é uma mais-valia nesse sentido.

Investigador principal: Conhece vários tipos que se possa desenvolver a simulação clínica? E em que ambiente é que pode desenvolvê-lo? Quando se fala em ambientes, usa-se muito a questão dos simuladores, na simulação clínica. Qual é a sua opinião sobre os simuladores que utiliza?

PUE A: Os simuladores?

Investigador principal: Simuladores e manequins.

PUE A: Assim, por trás dos simuladores tem de estar também um profissional capacitado para colaborar ali na simulação, porque se não estiver, ao fim ao cabo, o manequim também não vai dar a resposta que nós pretendemos, mas acho que os manequins é uma mais-valia também. Por exemplo, na reação do utente, perante determinada situação ou determinada patologia, o que permite, por exemplo, o estudante, avaliar determinadas manifestações, sinais, desde os sinais vitais, por exemplo, caracterizar ali o ritmo cardíaco, também a nível

respiratório, e eu acho que os manequins acabam por ser uma mais-valia também nesse sentido. Mas é como eu digo, por trás de um manequim tem de estar um profissional de saúde capacitado para dar resposta, depois também, às necessidades que o estudante também vai sentindo, e ir estimulando cada vez mais, e até criando algum grau de dificuldade para que o próprio estudante possa realmente encontrar as respostas adequadas àquelas necessidades.

Investigador principal: Ok, falamos de manequins e sabemos que existe manequins e simuladores que são utilizados em laboratório de simulação clínica e outros no meio académico. Da sua experiência, qual a distinção que faz entre um e outro, e qual é a sua opinião sobre essas diferenças de manequins?

PUE A: Vamos falar de todos os manequins (risos). Eu acho que os manequins usados em meio (pausa) numa simulação clínica é como eu disse, eu acho que permitem nos aproximar o mais possível da realidade, enquanto os outros manequins não nos aproxima tanto. Há respostas que nós podemos planear ali no manequim, de acordo, por exemplo, com determinada situação, que num manequim académico, a nível académico, não conseguimos fazer, e conseguimos, por exemplo, num manequim em simulação, podemos programar determinadas respostas, parâmetros vitais, também a nível fisiológico, que num manequim a nível académico não conseguimos fazer.

Investigador principal: Considera a simulação clínica um ambiente de aprendizagem inovador? Justifique.

PUE A: Eu acho que é inovador no sentido que abarca aqui tecnologia que não é tão frequente ou não tem sido tão frequente até algum tempo, num ensino-aprendizagem. Porque realmente conseguimos programar algumas respostas e é a tecnologia aqui que o permite fazer, que anteriormente, por exemplo, voltando aos manequins a nível académico, não o conseguíamos fazer, eu acho que é inovador nesse sentido, embora já o façamos já há algum tempo, mas acho que sim.

Investigador principal: Em relação às práticas educativas que se desenvolvem num ambiente de aprendizagem de simulação clínica, qual é a sua opinião sobre essas práticas? Acha que os estudantes estão preparados para desenvolver a simulação clínica?

PUE A: Acho que, da minha experiência, acho que os estudantes se defrontam com algumas dificuldades que não estavam à espera. Pensando dessa forma, provavelmente poderá não estar preparado. Embora, previamente, nós façamos, disponhamos ao estudante muita informação que o prepara para, mas acho que ele nunca vai preparado para o que vai encontrar. Depois também é um momento ali de ensino e aprendizagem em que cria algum grau de ansiedade. Muitas vezes pressupõe ali uma avaliação que depois cria um grau de ansiedade que o aluno, muitas vezes, tem dificuldade ali em gerir a expectativa do que vai surgir e seguir, 'mas e o manequim agora tá com dificuldade respiratória, mas o que é que eu faço agora?', 'eu vou olhar, mas olha, o traçado cardíaco já se alterou', e isto pressupõe que o aluno tenha uma preparação para prévia para poder dar resposta e isto, claro, tem que ter uma fundamentação ali teórica, uma preparação teórica, senão não consegue dar resposta.

Investigador principal: Nesse caso, sabemos que a simulação clínica é feita para desenvolver competências capazes de resolver problemas. Como é que vê, na sua opinião, o recurso da simulação clínica para desenvolver um futuro enfermeiro capaz de ter uma prática efetiva e de qualidade, com competências desenvolvidas?

PUE A: O facto de, ao fim e ao cabo, aquele espaço de simulação é uma prática, e aquela prática permite o treino e ganhar alguma destreza em determinadas situações, por exemplo, colocar à disposição daquele formando, por exemplo, um caso clínico, em que ele tem que dar resposta. O caso clínico, muitas vezes, é semelhante ou muito parecido ao que ele encontra na sua prática, o que faz com que ele já vá mais preparado para a sua prática.

Investigador principal: Dentro da simulação clínica, que modelos teóricos, como na sua experiência, levam para esse ambiente de aprendizagem?

PUE A: Modelos teóricos?

Investigador principal: Modelos teóricos que ajudem a prática simulada, ou que servem de referência para essa prática. Costumam ter essa cultura de usar modelos teóricos?

PUE A: É assim, na simulação, por exemplo, um modelo (pausa) vamos pensar no que é mais frequente aqui a nível académico, o modelo da Nancy Roper, por atividades de vida, ao fim e ao cabo, o que é que acontece ali? Há determinadas atividades de vida em que existe alguma alteração ali do padrão e há necessidade de intervir, uma necessidade do estudante. E aqui consegue-se fazer a ponte entre o modelo teórico e a prática em simulação, porque o

aluno consegue avaliar ali de acordo com o referencial teórico daquele modelo, quais são, por exemplo, as atividades de vida que estão ali prejudicadas e que há necessidade de intervir da parte do estudante.

Investigador principal: Hoje fala-se muito da questão de cada vez mais, mudar de paradigma, centrar o estudante no centro do processo. Atendendo ao projeto de simulação, como é que vê, na sua opinião, a participação do estudante em todas as fases do processo da simulação, que pode incluir, por exemplo, a construção de casos clínicos? Qual é a sua opinião sobre esta visão?

PUE A: A construção, eu acho que faria sentido. Na construção, por exemplo, de um caso clínico, penso que o estudante iria necessitar de orientação da parte do docente, porque sozinho não iria conseguir fazer, de certeza. Depois isto também permite, dando resposta àquilo que eu já tinha dito anteriormente, que vai permitir que, provavelmente, o estudante esteja mais bem preparado para aquela situação. Claro que vai surgir o imprevisível durante a simulação, que é o expectável de forma que ele dê resposta, mas ele está integrado no quadro. Se calhar, meu ponto de vista faria mais sentido, que eles tivessem todas as etapas.

Investigador principal: Da experiência que tem na prática de simulação clínica, desenvolveu em que contexto? Num laboratório ou foi só em meio académico?

PUE A: Foi em meio académico (pausa) aquilo é laboratório (pausa) em meio académico, laboratório (risos).

Investigador principal: Laboratório de simulação clínica e meio académico?

PUE A: Sim, laboratório (risos).

Investigador principal: Das fases todas, há uma fase que se fala muito, que é antes de entrar na simulação, o prebriefing, que no fundo é uma fase de conhecer as instalações e toda a dinâmica antes de entrar no caso propriamente dito. Qual é a sua opinião sobre esta envolvimento que possa haver no processo educativo?

PUE A: Estás-me a levar a refletir, acho que faria sentido atendendo ao grau de stress e de ansiedade que os estudantes desenvolvem, provavelmente levá-los a conhecer o espaço já preparado. Levaste-me a pensar agora nisso, mas faz-me sentido, realmente, porque a

ansiedade depois é tanta que eles aguardam na parte exterior e realmente isso pode diminuir a sua ansiedade e o stress face ao desconhecido.

Investigador principal: Uma das fases também que acontece no modelo de simulação é a fase do briefing, onde é apresentado o caso aos estudantes. Como é que é esta fase segundo a sua experiência? Como é que a descreve?

PUE A: Acho que é um momento em que os estudantes ficam apreensivos, acho que aqui a postura do formador que lá está ou do docente é importante de forma que os estudantes possam ler na íntegra o caso, muitas vezes falta ali, não leem na totalidade ou avançam logo, faltam dados porque não olharam bem ao caso e eu acho que aqui o docente tem de ser um auxiliar, nesse sentido.

Investigador principal: Dentro do projeto de simulação clínica existem vários intervenientes que fazem parte. Na sua opinião, como é que é a relação entre eles, de forma a potenciar aquilo que é o alvo, que é a aprendizagem do estudante?

PUE A: É assim, do meu ponto de vista, antes de iniciar o ato em si, da simulação, acho que deve haver uma preparação prévia entre todos eles, nomeadamente na seleção do caso, envolver também para além do estudante, depois há necessidade que todos tenham conhecimento do que se vai passar ao longo do caso, para poder acompanhar, e só assim é que faria sentido esta colaboração, iria funcionar só desta forma.

Investigador principal: Uma das figuras que também pode se utilizar na simulação clínica é a condição do participante simulado, isto é, alguém que faça de familiar, faça de outro enfermeiro ou até outro utente. Nas experiências que teve, usou a figura do participante simulado? E se sim, qual é a sua opinião sobre a importância para a aprendizagem?

PUE 1: Não usei ou não lembro (risos).

Investigador principal: Como é que descreve a fase do debriefing?

PUE A: É um momento em que realmente nós refletimos em grupo acerca de como processou toda aquela atividade ali na simulação clínica. Também é um momento em que os estudantes muitas vezes já estão mais descontraídos, alguns mais apreensivos, porque realmente começam a lembrar que há atividades ou intervenções que poderiam ter sido

feitas e que não foram feitas, e isto é um momento importante para eles também interiorizarem em determinadas situações realmente quais são as prioridades também a estabelecer, que às vezes não são estabelecidas, e é um momento realmente de partilha que eu acho que é importante, até no sentido de no futuro melhorar, quer também da parte do docente, toda aquela atividade no âmbito da simulação.

Investigador principal: Falamos um pouco também da questão dos intervenientes no processo de simulação, as várias pessoas, o professor, o estudante, o enfermeiro mediador. Fala um pouco das características de cada um deles.

PUE A: Da parte do docente, tem que haver aqui alguma sensibilidade para esta área da simulação clínica, assim como também da parte do enfermeiro mediador, tem que haver uma preparação e uma experiência naquela área em específico. Não só olhando a simulação, mas também a área no âmbito da saúde, em concreto, que se está ali a simular. Da parte do estudante, tem que haver um interesse e uma abertura para a simulação, porque se o estudante não estiver aberto ou com uma disponibilidade para aquela atividade, claro que a atividade não vai correr de acordo com o que é expectável. E é importante que ele também esteja preparado, acima de tudo, que vá com alguma segurança.

Investigador principal: Na sua opinião, que resultados é que se obtém com a simulação clínica em enfermagem? Neste caso os estudantes, para aprender, para aprendizagem.

PUE A: Olha, eu acho que é uma ferramenta que ajuda na aprendizagem, porque muitas vezes é através da prática, daí, que existem atividades práticas que o aluno começa a sentir as dificuldades e a sentir onde é que tem de aprofundar mais o seu estudo para dar resposta àquelas necessidades, e acho que a simulação, nesse sentido, vem ajudar, porque mostra na prática, simulando ou criando uma situação mais real possível, a expectativa, 'mas como é que eu vou reagir perante isto, mas agora alterou-se o ritmo e agora eu tenho que pensar o que é que eu vou fazer, mas eu não tenho conhecimento suficiente para'. E, acho que depois de passar por esta situação e no debriefing, acho que estas situações devem ser abordadas, e deve ser salientado também por parte do docente quais são as áreas que necessitam de maior aprofundamento e investimento, e a partir daí, claro que é uma mais-valia para o estudante, nesse sentido.

Investigador principal: Na sua experiência, como é que classifica os casos que tem sido apresentado?

PUE A: Tenho me lembrar dos casos (risos). Eu acho que são casos que estão criados, que permite a aprendizagem dos estudantes, são casos que se aproximam da vida real, do que podem encontrar depois num canto de estágio, num ensino clínico. Acho que se aproxima muito e acho que isso vem dar (pausa) eu acho que acaba por ser um complemento à formação teórica que eles já tiveram previamente, é o colocar em prática aquela formação teórica, mas acho que se adequam. E é assim, no meu ponto de vista só faz sentido se adequar realmente o que se vai encontrar na prática, senão de outra forma, não estamos a promover ali a aprendizagem.

Investigador principal: Estamos mesmo a terminar, só queria colocar um item, que é relacionado com a investigação e a inovação. Houve espaço, na experiência que tem, de debater a cultura de uma prática simulada no ensino de enfermagem e de elaboração de projetos de investigação, na simulação clínica em enfermagem?

PUE A: Sim, já houve um momento em que sim, que se avaliou ali os estudantes, não me lembro muito bem quais eram as escalas, mas procurou-se perceber a influência que tinha esta prática, a mais-valia ali no ensino-aprendizagem, procurou-se também conhecer o feedback do estudante, o grau de satisfação face à simulação e, posteriormente, foi divulgado num encontro, uma conferência ou num encontro, no âmbito da partilha de investigação. Mas já procurou-se fazer isso também no sentido de ser avaliar quais eram os benefícios da própria simulação.

Investigador principal: Terminaria com o bloco final perguntando e colocando aqui à disposição do entrevistado se tinha alguma questão que queira colocar ou algum esclarecimento adicional que queira fazer uma observação?

PUE 1: Acho que não.

Investigador principal: Então termino a entrevista agradecendo a disponibilidade.

PUE A: Obrigada, levaste-me a refletir sobre coisas que não tenho refletido (risos), (pausa).

Transcrição da entrevista individual PUE B (duração 32 minutos)

Subcategorias	PUE B
A1 - Género	Feminino
A2 - Idade	65
A3 - Contexto profissional	Professora Ensino Superior
A4 - Residência	Funchal
A5 – Percurso académico	Mestrado

Investigador principal: Bom, em primeiro lugar agradecer a entrevistada a disponibilidade para participar no estudo e começaria por perguntar como é que descreve a simulação clínica em enfermagem?

PUE B: Para mim a simulação clínica, digamos que é o colmatar do auge do pensamento do próprio aluno e depois da demonstração e a junção da prática com a teoria que ele tem. Posso dizer mais uma coisa, é assim, isto as vezes é um treino, e o treino também é fundamental, porque quanto mais nós possamos treinar, melhor a teoria, fica mais no fundo objetiva. Isto é o meu pensamento.

Investigador principal: Dentro da simulação clínica fala-se muito em usar simuladores, manequins. Que opinião é que tem sobre os simuladores?

PUE B: Eu penso que quando o simulador, até poderá no fundo ter a tecnologia suficiente para demonstrar algumas reações do ser humano, eu acho que isso é extraordinariamente benéfico, porque eu lembro-me da (pausa) lembro-me, quer dizer, é todos os anos (risos), quando vamos para a prática clínica do estágio 3 que é correspondente à criança e ao adolescente, o facto do manequim, que até nem é muito sofisticado, mas chora, faz um gemido, o que é que isso induz? Induz nas pessoas uma sensação de ver o que é que se está a passar e o próprio aluno sem querer demonstra isso. E penso eu que toda a parte, no fundo de atenção, principalmente quando algum professor ou até, por exemplo, nessas alturas ou nessas práticas, nessas simulações que eram feitas, eu fazia de mãe e depois exacerbava um pouco. E o que é que eu via? Via perfeitamente de uma reação genuína, se as pessoas, por exemplo, vão ao banco de urgência a mãe e o filho, e se a pessoa está muito só apenas ligada

à parte, 'o que é que se vai fazer à criança?', e uma das formas de, no fundo, debelar a parte da criança é acalmar a mãe, e às vezes há alunos que tem essa versão logo, portanto acalma a mãe e outros preocupam-se logo, 'pronto, o que é que eu vou fazer?', e depois às vezes quando contactam um profissional de saúde, nomeadamente um médico, perdem-se porque não colhem a informação necessária para depois referir, 'olha, ele está assim, tem este peso, tá com SDR grave', porque em geral é um dos casos um pouco adulterados que nós fazemos porque eu gostava de (pausa) combinava com a enfermeira que me ajudava na parte do próprio centro, e combinávamos o caso, em que a criança entrava com SDR (síndrome de dificuldade respiratória), parecia (pausa) até poderia ser inicialmente uma bronquiolite que não ia necessitar de medicação endovenosa, principalmente antibiótico, porque hoje em dia já está um bocado ultrapassado, pelo menos o quadro do procedimento, mas se evoluiria o que é que nós fazemos. Evoluímos, a criança acabava por ter um quadro que obrigava o médico a pedir o raio x e depois da suposta bronquiolite, não era nada, mas sim uma pneumonia. Pode ser independentemente da criança, desta vez, nós até tínhamos feito um em que a pneumonia não é muito comum também numa criança de dois/três anos, portanto, era um caso mais grave e, portanto, preparar a terapêutica, o timing que eles são capazes de preparar a terapêutica num banco de urgência, isto são alunos de terceiro ano, não são (pausa) portanto, demoraram, claro, mas quando acabou, no fundo, o caso e a prática, apesar da adrenalina que eles gastaram, eles disseram que tinha sido muito bem e que deveriam de repetir isto ao longo do estágio muito mais vezes.

Investigador principal: No fundo, que tipo de ambientes conhece, para a simulação clínica, e como é que caracteriza esses ambientes?

PUE B: A minha experiência que eu tenho é maravilhosa, nunca tive problema nem com os próprios colegas, portanto, em termos dos recursos humanos, sempre foram extremamente colaboradores, todos eles, e além disso dinamizam e empenham-se até a dar uma achega, o que é que se pode fazer no objetivo que nós queremos que aluno também interiorize.

Investigador principal: Na sua opinião, como é que caracteriza a simulação feita em meio académico e no centro de simulação de alta realidade?

PUE B: Ora bem, é assim, neste momento e a experiência que eu tenho, e também dado a conjuntura dos nossos laboratórios, não são assim muito, no fundo, apetrechados, com a qualidade que nós gostaríamos que tivesse, digo-vos que o centro de simulação da Madeira,

para mim, surpreende muito porque é um centro para além de (pausa) conheço as pessoas e vejo que estão super empenhadas em fazer bem e conhecem todos os manequins que lá existem, e os manequins que são de alta fidelidade, pelo menos eu não conheço melhor, e aquilo que eu conheço é muito bom.

Investigador principal: Considera a simulação clínica inovadora? Justifique.

PUE B: Neste momento eu acho que até já não deveria de ser o termo inovador, era uma coisa que já devia de estar completamente integrado no ensino e pronto. O que eu adorava era que houvesse capacidade financeira nas universidades, pudéssemos arranjar, assim, um laboratório ou um centro (pausa) não diria centro que vou ser um bocadinho mais (pausa) não há dinheiro para nada, quando fora para isso, mas seja lá como for, era excelente que isso todas as universidades ou todas as escolas superiores de saúde tivessem uma situação destas.

Investigador principal: Na sua opinião, os estudantes estão preparados para desenvolver práticas educativas na simulação clínica?

PUE B: É assim, eles estarem, eu acho que (pausa) eu diria a palavra motivados, talvez, preparados eu penso que não. Porque, isto é a minha opinião, só nisto, nós gostaríamos que isso fosse uma realidade, mas como também não se faz tanta prática quanto nós gostaríamos que se fizesse, às vezes não tenho bem a certeza se eles têm isso integrados, apesar de eles dizerem 'ah, não vamos ao centro de simulação este ano?', ou 'só vamos agora?', e depois quando acaba dizem sempre, 'ah, isto devia de ser mais vezes, como eu disse no início, portanto, eles querem que isso aconteça.

Investigador principal: Na prática simulada, pode se ter como suporte modelos. Qual é a sua opinião sobre a utilização de modelos teóricos para suportar a simulação clínica?

PUE B: Modelos do aspeto de (pausa).

Investigador principal: Do aspeto da simulação.

PUE B: Não. Modelos (pausa) eu devo estar a fazer confusão, de modelos de enfermagem?

Investigador principal: Modelos de enfermagem e também os modelos de simulação.

PUE B: Sim, os modelos de simulação quanto mais sofisticados forem em determinadas (pausa) é assim, podemos ver como é que o aluno no mural académico está, por exemplo, também não podemos pedir grandes dimensões se o aluno ainda está num primeiro ano, mas já poderíamos muito bem ir ao centro de simulação com outras vertentes, até numa própria comunicação e gerir a comunicação, porque não fazer as autoscopias eventualmente em toda a dinâmica daquilo que não é hospitalar, mas sim de centro de saúde, eu acho maravilhoso (risos). É uma questão de ver o que é que há e o que é que nós pretendemos, e mais. Não sei se nós, corpo docente, também estamos tão (pausa) como é que eu hei de dizer? Não é tão ciente, mas tão conhecedores do que é que nós podemos fazer com os centros de simulação.

Investigador principal: Atendendo ao desenvolvimento de competências no centro de simulação, qual é a sua opinião sobre a forma como prepara estes estudantes para a prática?

PUE B: É assim, eu (pausa) quando nós, eu penso que talvez não seja até só a minha ideia, que nós até, se pudéssemos utilizar mais vezes o programa, os programas fossem de uma forma diferente, claro que seria uma mais-valia, sem dúvida alguma. E uma coisa a mais, não sei se até a própria, no fundo, equipa do centro de simulação, começando até neste momento, acho que é a Doutora X que ainda continua, ela foi uma mais valia de ver também, em termos do que é que ela espera dos alunos, ela acabou por nos tirar umas fotografias, numa dessas (pausa) e realmente frisar que fica muito feliz, e eu estou a dizer isto não porque (pausa) eu acho que a felicidade dela passa porque ela vê que o seu centro se desenvolve. O seu centro de simulação é, no fundo, como é que eu hei de dizer, é um apoio que dá à parte da lecionação e dos futuros profissionais que lá existem.

Investigador principal: Atendendo aquilo que se fala, na tão ambicionada mudança de paradigma, que é cada vez mais centrar o estudante no centro do processo de aprendizagem, como é que é a sua opinião, de que o papel tem tido o estudante neste processo de simulação?

PUE B: Eu acho que é importantíssimo que eles deem sempre as suas opiniões, e às vezes são megalómanas. Nós, ou para já nos obriga a um poder de raciocínio, esse poder de raciocínio que depois começa pela prática a ser mais fluido e, portanto, quanto mais nós praticamos nestes ambientes com diferentes casos (pausa) e claro que esses casos, penso que também já ficou bem ciente, de acordo com o grau de, no fundo, de exigência que nós possamos pedir ao aluno, do primeiro para o segundo, conforme vai progredindo na sua

parte académica. Acho que (pausa) quer dizer, não é acho, tenho a certeza que é uma mais-valia para continuar e cada vez mais aperfeiçoar, e é extremamente importante a opinião do aluno. E isto eu falo tanto nos cuidados primários, como os diferenciados a nível hospitalar, porque às vezes quando dão um caso, é dado e, depois, no final uma autoscopia daquilo que se passou, que nós não aplicamos no fundo tanto isso na nossa dinâmica de ensino, isso era espetacular, e é, para ver as nossas reações, quando nós acolhemos o utente, isto já numa perspetiva até Inicial quando o utente chega ao hospital ou ao centro de saúde, como é que se acolhe o utente, o que é que nós vamos (pausa) o que é a postura? Esta palavra é muito, mas a posição do próprio enfermeiro, vou dizer uma coisa um bocadinho mais (pausa) a vender o seu produto e às vezes nós não sabemos, nem sequer às vezes, peço desculpa, mas é a minha opinião, nem para o utente nós olhamos e não sabemos, e às vezes faz-se uma anamnese, ok, linda, maravilhosa, não? E depois não sabe aplicá-la, porque não sei se a pessoa até tem conhecimento ou não.

Investigador principal: Nesta vertente, qual é a sua opinião sobre chamar o estudante também para participar em todo o planeamento da simulação clínica, que pode envolver também a elaboração de estudos clínicos?

PUE B: Por que não? É uma questão que as vezes as pessoas pensam, até hoje em dia. Agora nós temos a ideia de que (risos) não quero abordar muito este quesito, já teve um caso (risos). Nós temos os nossos jovens as vezes não conseguem pensar por eles próprios. Eu vou pensar assim, eu acho a juventude maravilhosa no seu pensamento, agora é lógico que nós, para sermos muitas vezes o velho do restelo, em que, 'ah, não sei o quê, eles vêm imaturos, e nem sequer sabem pensar', ok, não sabem pensar, não sabem estudar, ok. Então, eu a mim, como professora, só tenho de me focar o que é que eu posso fazer para este aluno, para que ele comece a pensar e comece realmente a estudar. E uma coisa, que isso às vezes não (pausa) não é agora, muitas vezes no início da vida, é que nós possamos através dos planos de intervenção, da educação, este tem de batalhar tanto é na infância, para que nós possamos introduzir às crianças o gosto pela leitura, o gosto por curiosidade de saber, e é quando chegam à universidade, que vão ter no fundo uma porta. Lógico que há muitos que têm isso, mas outros não têm, e isso é função do professor, queira ou não queira é a função do professor. Há pessoas que são exímias em aldrabar, e isto e aquilo, não interessa para nada, eu quero ver é a profissão do professor, o que é que eu posso fazer e o que é que entra aqui, a mais-valia da simulação. Para mim, não tem aqui. Só acho perfeito que os alunos

venham e participam, e tenham uma opinião, pronto. Poderá ser ou não valorizada (pausa) valorizada tem que ser sempre, agora pode ser exequível ou não, e explicar porquê.

Investigador principal: Nas várias fases da simulação existe uma que é o prebriefing, que é uma fase onde antes de começar o caso, vamos conhecer as instalações, o ambiente. Teve a oportunidade de exemplificar esta fase ou como é que foi vivenciada?

PUE B: Tivemos porque fomos muito bem recebidos pelos elementos que estavam também no (pausa) enfermeiros e até nem só, até o próprio pessoal administrativo também e o próprio coordenador. Portanto, explicaram-nos tudo, para o que é que serve, o que é que era mais usual em determinadas salas onde os manequins eram um bocadinho mais sofisticados e, portanto (pausa).

Investigador principal: Houve uma visita guiada ao laboratório?

PUE B: Exatamente.

Investigador principal: E que contributos é que pôde tirar para a aprendizagem dessa experiência?

PUE B: É fundamental porque para já quem nunca foi a um centro destes quer saber, no fundo, como trabalhar, mas é uma situação que as pessoas específicas que trabalham ali realmente conseguem, porque obedecem a uma série (pausa) não é só saber da enfermagem e nem de medicina, é a própria mecânica e o próprio processo eletrónico, que não é de um dia para o outro que as pessoas sabem isso, por isso é que eles são os responsáveis ou as pessoas que nos dão apoio.

Investigador principal: Uma das fases seguintes é a fase do briefing, onde é apresentado o caso ao estudante. Na sua opinião, como é que foi esta experiência?

PUE B: É assim, eu acho que a experiência, quer dizer, a experiência que eu vivi foi muito boa, porque explicaram (pausa) agora, quando nós docentes, posso metermos nós, porque é mais o docente a explicar, há um erro grave, no meu ponto de vista. Quando nós estamos a dar um caso, não vamos partir do princípio que o aluno não sabe, vamos poupar o caso de uma forma simples ou clara, não tem que ser simples, tem que ser clara, e dar tempo ao aluno de interiorizar toda a informação, claro que se for em grupo poderá ter algumas

vantagens no poder de raciocínio, mas se for pouca gente, sei lá, pode ser só um grupo de duas pessoas, é sempre benéfico, mas o que eu às vezes acho que dificulta a interiorização, é quando já passava crítica de quem está de fora, ou seja, se é o professor que está de fora, é terrível se começa a dizer, 'se vocês não sabem isto, vão perder' (risos). Ora, isto quando se une imediatamente ao raciocínio, deixar e é lógico, aqui o professor tem que ter o timing para aquele aluno, X ou X, é rápido o raciocínio, mas a X e a X tem o seu tempo para interiorizar e fazer. É assim, eu sei que às vezes para apresentar ou para depois a pessoa elaborar tem um timing, é verdade, mas provavelmente uma das coisas também mal é ir só para o centro de simulação quando é para avaliar. O centro de simulação devia de ser mais usado, que aqui ele já fosse fluído, para quando tiverem essa (pausa) não fosse preciso aquele impacto de que só vamos ali porque eu vou ser avaliado, eu vou ter uma nota. Não acho que seja a altura certa.

Investigador principal: Dentro do projeto, então, nessa fase, já falou da questão de chamar o estudante também para planear o projeto de simulação. Qual é a sua opinião, então, sobre essa (pausa).

PUE B: Acho muito bem, e além disso que o professor se prepare, que vêm opiniões tão válidas e tão espetaculares, que nós devíamos de fazer isso mais vezes, eu também às vezes não faço porque não tenho tempo, entre aspas (risos). Isto é uma frase um bocado sem nexo, porque quando nós, é a tal coisa, se eu não concordo com algumas coisas, podia dizer, 'não quero, não faço', mas nós vivemos numa sociedade complexa, não quero falar mais (risos).

Investigador principal: Dentro do caso clínico, dentro da simulação clínica, pode haver a possibilidade de ter a figura do participante simulado, isto é, alguém que faça de mãe, alguém que faça de pai, alguém que faça de familiar, alguém que faça de profissional de saúde. Teve essa experiência e qual é a sua opinião sobre a aprendizagem para o estudante?

PUE B: Eu faço sempre (risos). Eu tenho essa necessidade, pelo menos em termos da saúde infantil, quando são crianças pequenas, de eu fazer, porque muitas das vezes esquecem-se, o profissional de saúde, de cuidar também dos próprios outros utentes, que não é o foco, aqui é claro que seria a criança em primeira instância, mas muitas vezes não está nos cuidados emergentes, portanto, para uma situação que mais vale dar atenção aos pais, ver o que é que ali se passa, acalmar, criar ali um elo de ligação em que seja no fundo um parceiro e não ali o inimigo, e só tem benefícios, teve benefícios porque acalma a criança e teve benefícios

porque vai haver ali uma colaboração melhor para que as coisas avancem. Portanto, para nós profissionais, eu nunca considerei, em hipótese alguma, os familiares como uma coisa má, ou seja, vão estar aqui a observar o que nós fazemos e às vezes nós não acertamos na condução, olha, paciência. Saio, dou o lugar ao meu colega, e as pessoas têm que perceber que isto é, se nós soubermos explicar ao cliente o procedimento (pausa) que as vezes as crianças, nós não visualizamos bem a rede venosa, ou então é muito menos, mas podemos pedir ao familiar que tenha calma e que se nós realmente conseguimos visualizar a veia, conseguimos puncionar, e até acertamos, elogiar também quem está a ser parceiro, e isso só nos dá no fundo uma mais valia de os cuidados de saúde vão ser muito mais, no fundo, eloquentes.

Investigador principal: Como é que descreve a experiência que foi a relação e a interligação entre todos os intervenientes na simulação clínica e para potenciar a aprendizagem do estudante?

PUE B: A experiência que eu tenho vivido é esta, eu pessoalmente vibro muito, porque tanto faço de uma mãe muito letrada e muito sabedora, como faço de uma mãe que só apenas está a perceber que o filho está a ficar roxo, que o filho está a respirar mal e etc., e os alunos, engraçado que uns ficam extremamente (pausa) inicialmente dizem, 'ah, mas credo, calma', portanto, travam o sofrimento da mãe em não querer muito atuar perante a mãe, outros não, outros percebem a dinâmica e conseguem imediatamente perceber, 'bom, se eu acalmá-la, ela vai provavelmente ser mais colaborativa connosco e ajudar a criança', este é o objetivo.

Investigador principal: Na fase de debriefing, que é uma fase depois da prática clínica, é considerado uma experiência de aprendizagem? Como é que foi isso esse momento?

PUE B: Exatamente, uma continuação do que eu estava a dizer, aí é que há as descargas todas emocionais e para ver o que é que aconteceu. E aí é sempre dito, porque é que não se faz mais estas práticas? E, portanto, isto acho que diz tudo, mesmo aqueles que eventualmente, aí, eu portei-me mal, não, você não se portou mal, pois professora, se eu conseguisse agora vir cá mais uma vez ou duas, eu ia sair daqui muito melhor, porque aqui (pausa), é pena. Lembro-me de um indivíduo, ele dizia, ah, pois porque assim nós não fazíamos às vezes as figuras tristes que fazemos, porque ficamos ali parados sem saber o que fazer, porque quando confrontado com a realidade, é mais fidedigna no centro de simulação,

do que nos manequins naturais que nós temos aqui na universidade. Era bom que desse para tudo, mas não dá.

Investigador principal: Que resultados então é que foram obtidos, ganhos, com a experiência?

PUE B: É sempre um desassossego, mas eu consegui interagir com a (pausa) era um homem, era um pai, e os alunos, portanto, com a (pausa). Pelo menos é a ideia que eu tenho, eu tenho a certeza que não é só minha, deve ser de muitos colegas como eu, que pensam que na realidade, ou se usa mais a simulação ou vamos ter que realmente reter aqui na universidade uma coisa igual.

Investigador principal: Como classifica os casos clínicos que foram apresentados?

PUE B: É assim, não podemos, e aí também não é assim tão bom, que muitas das vezes casos clínicos são superficiais, porque são muitos alunos e às vezes na estrutura do curso, de como está enquadrado, nem sempre arranjamos o timing certo e nós até já pensamos, mas também nunca expus isto que é, nas nossas práticas clínicas na enfermagem seis, ou seja, da criança, dá muitíssimo bem pedir para ir ao centro de simulação esse timing, esse tempo. Por exemplo, mesmo que nós se tivéssemos e temos aqui práticas de duas horas, poderíamos era, isso é uma coisa depois para pensar, porque nós só vamos ao centro de simulação quando já temos esta prática feita, ou seja, as horas laboratoriais já foram gastas nos laboratórios, mas eu não sei se essa vivência não seria mais produtiva, se não fosse já de início no próprio centro de simulação.

Investigador principal: Bom, eu terminava com uma última questão, que tem a ver com a questão das inovações e da investigação, na simulação clínica em enfermagem. Tem havido, na sua opinião, e acha que deve haver um espaço de debate sobre a importância de haver estudos de investigação e parcerias na área da simulação clínica?

PUE B: Já houve, que me entusiasmou muito, mas não foi possível, há um simpósio, uma situação, eu agora já não me recordo se foi um simpósio, sei que foi um encontro de vários elementos, de vários centros, que se reuniram e eu acho que isso é (pausa) deve de haver sempre uma mais valia muito grande, não só em conhecimentos, mas como aprendizagem, e mais, é assim, até era bom que houvesse todo algum estudo e também dessem a conhecer o impacto verdadeiro que isso dá a parte académica do próprio aluno e quais as competências

que ele sai da escola para poder usufruir. Eu acho que é sempre benéfico, e pronto, os professores também deveriam investir mais, isso é tudo muito bonito de dizer, mas todos nós sabemos também que o fator económico às vezes atrapalha, é raro haver o suporte financeiro suficiente para que os profissionais realmente aderissem, e isso era (pausa) quer dizer, um professor com mais valias, nesse aspeto (pausa). E assim, as vezes nós pensamos principalmente, é porque é muito importante a parte dos (pausa) como é que eu hei de dizer, dos modelos e da parte no fundo tecnológica do próprio, que nos dá uma visão mais coerente e mais fidedigna do ser humano, mas para preparar-nos para também a intervenção pelo ser humano, era importante haver estas autoscopias, ou quando se fizesse até o debriefing, também poderia ser, recapitular como é aquilo, porque dizem que a enfermagem é uma parte da comunicação que é extraordinariamente importante, então porque não focar? Mas era uma coisa bem em termos de não só mudar a nossa linguagem, em termos do olhar para o utente e tratá-lo, no fundo, com uma mais individualidade, e isto só vendo as nossas reações que, por exemplo, posso estar com uma roupa, posso achar que estou muito bem, alguém firma e eu vou ver a minha postura, afinal, não era aquilo que eu estava a pensar. Portanto, acho que é sempre uma mais-valia.

Investigador principal: Muito bem. Terminaria esta entrevista falando num bloco final de (pausa) perguntando se tem alguma questão ou algum esclarecimento que queira colocar adicional aquilo que foi dito?

PUE B: Não. Estou curiosa, muito curiosa no vosso estudo (risos). Portanto, estou desejando saber onde é que isto vai bater (risos).

Investigador principal: Muito bem. Então, obrigado. Terminaria, então, a entrevista.

Transcrição da entrevista individual PUE C (duração 34 minutos)

Subcategorias	PUE C
A1 - Género	Feminino
A2 - Idade	62
A3 - Contexto profissional	Professora Ensino Superior
A4 - Residência	Funchal
A5 – Percurso académico	Mestrado

Investigador principal: Muito bem, obrigado pela aceitação desta entrevista, e começaria por perguntar, na sua opinião, como é que descreve a simulação clínica em enfermagem?

PUE C: Primeiro queria agradecer, apesar de ser aleatoriamente, mas a oportunidade de poder refletir, falar sobre a minha experiência, e refletir sobre este aspecto importante da educação em enfermagem, que é a simulação clínica. Do conhecimento, da experiência, acho que efetivamente a simulação clínica é uma estratégia pedagógica e é também uma ferramenta didática para levar o estudante a construir a competência em ambientes controlados, seguros, com diferentes tipos de modelos, desde os de baixa fidelidade, que pode começar a se familiarizar melhor com as suas competências, não só de raciocínio clínico, mas também motores, comportamentais, como depois os de média e o ideal, os de alta, que na minha opinião acho que deve haver também alguma proporção, porque nos de alta fidelidade ele fica, como é que quero dizer, mais ligado, com uma interação mais efetiva, que condiciona também a resposta emocional e influencia o comportamento e o conhecimento e a aprendizagem.

Investigador principal: Ok. Que tipo de ambientes para a simulação conhece?

PUE C: Aquilo que eu conheço da teoria e da prática, existem os ambientes menos controlados e os mais controlados, e também os modelos.

Investigador principal: Como é que é a experiência? Qual é a sua opinião sobre os modelos?

PUE C: Portanto, isso que eu ia dizer, que o presente os oferece já muita coisa, e tem havido muita investigação e controlo também dos resultados da aprendizagem. Da experiência, ao longo de alguns anos, nos manequins de baixa fidelidade, porque efetivamente a resposta é muito escassa, os diferentes tipos de modelos do manequim, o mais semelhante ao humano, também tem havido evolução nesses aspetos da consistência dos tecidos, tudo isso, mas sem resposta, e que pode se complementar e nós complementamos muitas vezes, sendo o orientador ou docente a simular alguma resposta humana naquele manequim. Utilizamos o recurso, também, as dramatizações, portanto, que é uma forma de cenário e utilizamos a formação também por pares nessas dramatizações, em que eles são atores, as vezes de casos construídos pelos próprios estudantes com orientação dos docentes ou casos oferecidos pelos docentes, é mais utilizado nas consultas de enfermagem, mais no quarto ano, mas também pode ser utilizado nos primeiros anos. Os manequins, como já falamos, diferentes tipos de manequins ou partes de modelos, alguns tridimensionais, em que se pode explorar também a parte interna, a constituição física, que é fundamental também para depois compreender o respeito e o controlo pela integridade física dos clientes. E, há uns anos para cá, temos também o recurso, a simulação clínica de alta fidelidade, que essa sim é de alta fidelidade, consegue-se controlar melhor o meio, simular o meio assistencial, ou seja hospitalar, ou seja também na casa do cliente, e com respostas dos clientes (risos), podem ser o indivíduo, pode ter família, às vezes utilizamos também e complementamos com atores, que é o docente, de uma forma geral, ou docentes que intervêm de uma forma inesperada, com reações dos diferentes tipos de clientes. E a autocópia também se utiliza, gravando, mais nas consultas de enfermagem, em que se permite que o estudante visualize também o seu comportamento e analise alguns aspetos.

Investigador principal: Muito bem. Como é caracteriza, então? Falou aí um pouco de todos os meios, como é que caracteriza a simulação clínica que é desenvolvida em meio académico e no centro de simulação clínica?

PUE C: Para mim, o centro de simulação clínica também é meio académico, porque não é nesta entidade, mas é um complemento, é uma parceria do complemento de formação e é, como quero dizer, sendo complemento de formação, acaba sendo também um meio académico numa outra instituição que utiliza também esse recurso para a formação de profissionais. É rentabilizar recursos e possibilitar que os nossos estudantes possam complementar de uma forma que é necessária e, neste momento, eu acho que é

imprescindível, a simulação clínica, preferencialmente de alta fidelidade, com as suas etapas, até pelas custos (pausa) se bem que os custos/benefícios, sem dúvida que os benefícios compensam o investimento, porque serão benefícios em saúde e que têm a segurança dos profissionais na sua autoestima, porque quando estão mais bem preparados, certamente sentem-se mais confiantes naquilo que fazem e mais satisfeitos com o seu desempenho. Por outro lado, desenvolve também, no conjunto com competências, portanto, possibilita mobilizar e integrar as cognitivas, em situações reais, desafiadoras, preparar também para o futuro, para situações que poderão não encontrar na sua prática clínica assistencial, mas que poderão existir, e que devem ser já pensadas e tivemos exemplos de situações, e este mundo está em evolução ambiental, social, e é preciso também preparar e capacitar os futuros profissionais para esses desafios e analisar a parte relacional humana, complementando com os aspetos éticos, do respeito pela pessoa, pelas crenças e a alta fidelidade possibilita esse controlo.

Investigador principal: Considera o ambiente de aprendizagem inovador? Justifique.

PUE 3: Se eu considero? Sim, na medida do possível é inovador. Poderá ser mais inovador, porque podemos (pausa).

Investigador principal: Em que medida?

PUE C: Recorrer, por exemplo, a métodos pedagógicos e também a modelos, e há pouco eu acabei não falando nos outros modelos, porque nós não os utilizamos muito, mas os virtuais, em que ele pode até entrar em ambiente virtual, treinar, e que penso que isso é o futuro e que será um dia um investimento, aliás, já é uma realidade. Perdi-me um pouquinho, em que medida, desculpa.

Investigador principal: Na questão de ser inovador.

PUE 3: Ah, sim, perdi-me um pouquinho (risos). É inovador, porque sem dúvida transforma os processos de aprendizagem e os resultados, as competências, porque ele traz mais valias para o conhecimento do estudante, mais valias para quem está a orientar, para o formador, seja ele um instrutor, seja ele o docente, seja o tutor, porque supõe que no futuro o tutor poderá também utilizar estes recursos, e às vezes utiliza, mesmo em campo assistencial, simulando alguns procedimentos, portanto, na prática também é possível, em contexto clínico, sem ser junto ao cliente, e ele é transformador, quer nos processos pedagógicos,

portanto, é inovador. O próprio processo em si da simulação, nas suas diferentes etapas, é transformador e, por isso, inovador, e será inovador também com o desenvolvimento, e este tipo de estudos é fundamental, em que poderá também transformar os resultados em se ouvir as respostas dos clientes, para um maior desenvolvimento.

Investigador principal: Qual é a sua opinião sobre a preparação dos estudantes para este tipo de simulação clínica desenvolvida?

PUE C: Olha, penso que temos feito, com aquilo que temos, com os recursos que nos é possível ter, até pelas condições económicas, porque os modelos poderão ser alguns dispendiosos, mas aquilo que temos, o que é que procuramos na preparação? Informar os estudantes na base daquilo que vai acontecer, para controlar também os aspetos emocionais e cognitivos, para possibilitar o estudante a procurar evidência científica, aprofundar conhecimentos para estar mais contente naquela situação, portanto, e não ser apanhado desprevenido, controlar a situação durante a simulação, observar os diferentes aspetos, alguns da parte dos orientadores, do docente particularmente, aspetos mais objetivos e subjetivos da resposta do estudante. Portanto, o prebriefing, o decurso e o debriefing, que é uma etapa fundamental, que é possibilitado ao estudante e aos estudantes, porque a simulação faz, assim, também, por pares, devem ser grupos pequenos, às vezes o contexto e o rácio leva-nos a grupos maiores que tem grandes constrangimentos para aprendizagem e a fase importante do debriefing que é perceber o que é que os estudantes, em pares, e também de uma forma individualizada, o que é que perceberam da situação e de si mesmo, portanto, o ambiente externo e o ambiente interno, os processos que utilizaram mentais para a elaboração do plano de cuidado, a forma como intervieram, a forma como comunicaram, quem liderou, quem interveio, o significado também explora-se na medida do possível, o significado das experiências e algumas situações em que (pausa) porque depois somos controlados por tempos, mas em algumas situações em que após a simulação, se poderá voltar e se disponibiliza para falar com o estudante sobre aquelas experiências.

Investigador principal: Qual é a sua opinião sobre a utilização de modelos de simulação clínica para a prática simulada?

PUE C: Na formação de base?

Investigador principal: No desenvolvimento da prática simulada em enfermagem. Usaram um modelo?

PUE C: Modelos teóricos?

Investigador principal: Modelos teóricos.

PUE C: Sim. Há uns anos, que também não interessa o tempo para aqui, tinha de pensar, eu e o tempo. Mas há aí uns anos houve essa preocupação, quando houve um grupo que foi indicado à reestruturação dos laboratórios e a articular essa reestruturação com a componente pedagógica, levou um grupo que sim, que procurou fundamentar a simulação clínica e modelos teóricos existentes, não me lembro dos teóricos, mas aqueles mais ligados à aprendizagem significativos, os aspetos das etapas, a preocupação com a satisfação dos estudantes, os instrumentos que se podiam medir a satisfação. Ainda se fez alguns estudos com grandes limitações pela amostra, depois foram condicionados por vários fatores e que se deixou um pouquinho isso de parte, e ainda se produziu algum estudo, avaliação de resultados e divulgação de resultados em artigos científicos, em comunicações em eventos científicos, sobre estes aspetos.

Investigador principal: Hoje fala-se muito na mudança de paradigma, centrando cada vez mais o estudante no centro de aprendizagem. Qual é a opinião da professora sobre integrar o estudante em todas as fases da simulação clínica, que inclui, por exemplo, o planeamento de casos clínicos?

PUE C: Sim, perfeitamente de acordo. Eu acho que isso já se faz na medida do possível, e houve uma situação, um desafio duro, que foi a epidemia, portanto, a pandemia mesmo, em que houve necessidade de controlar os ambientes, os mais seguros possíveis, e os estudantes foram suspensos dos estágios, porque era também importante formar enfermeiros, e porque os nossos estudantes tinham quatro anos e tinham as horas básicas necessárias pelas diretivas europeias, e o desafio foi criar ambientes de simulação para eles desenvolverem ao máximo as competências pretendidas. E a equipe desafiou os estudantes, portanto, acompanhada por docente, a criar os casos, a construir os casos com fundamento, portanto, através da pesquisa teórica e também das experiências que já tinham os estudantes de quarto ano e com quem o estágio que nós orientamos, em que eles construíam o caso com o docente, o docente também ia complementando, dando algumas pistas, em situação real

também era complementado, em modelos que eram de baixa fidelidade e que os docentes e os pais tiveram um papel também muito importante na interação, a responder pelo cliente, a desempenhar o papel da família. Tivemos simulação em domicílio, em enfermaria, em doente crítico, em transporte do doente crítico e foi desafiador, acho que foi também inovador nesse sentido, e os pares também, em algumas situações, complementavam os casos e discutiam competências, intervenções e fazíamos o pré, o desempenho, o debriefing, também em pares, e em algumas dessas situações também com o ambiente virtual, algumas com o docente presente no contexto, e algumas com o docente a acompanhar à distância pelas limitações que existiram na altura, em que alguns tinham também de fazer períodos de isolamento preventivo.

Investigador principal: E como é que foi o resultado?

PUE C: Sem dúvida que os estudantes consideravam (pausa) e repare, isto foi um contexto de hoje para amanhã, sim, e porque nós temos um laboratório que não é de alta-fidelidade, se fosse com manequins de média e alta-fidelidade, aí os teriam sido muito melhores, mas os estudantes na medida do possível ficaram satisfeitos com o seu envolvimento e houve grande responsabilização dos estudantes nesse envolvimento. Para nós, também, foi gratificante, pelas tecnologias, pelo aprofundamento, a visualização de vídeos, a preparação, trouxeram também conhecimentos novos, na altura, porque tinha um tempo para a pesquisa e para preparar. Enquanto um estudante realizava em algumas situações, os outros poderiam acompanhar no seu domicílio e foi satisfatório, não foi medido, não utilizamos instrumentos de medida na altura, mas (pausa).

PUE C: Sim, os registos que nós temos pelas reflexões, porque temos as reflexões críticas que o estudante faz sobre o seu desempenho, e que já é habitual, seja em contexto clínico real, seja nestas situações, as reflexões críticas deram-nos resultados bastante positivos e notou-se que houve uma possibilidade de explorar o raciocínio clínico e de fundamentar todos os processos do desempenho e das diferentes componentes, quer a cognitiva, quer também a afetiva e a outra mais instrumental nas reflexões críticas que foram orientadas para esse sentido.

Investigador principal: Muito bem. Falou-me há pouco na questão do prebriefing, como é que foi essa experiência para a aprendizagem dos estudantes?

PUE C: Só nessa altura ou as experiências?

Investigador principal: Só nessa altura.

PUE C: Só nessa altura o *prebriefing* era feito à distância, porque diminuíamos os contactos pela situação, só mesmo quando ele estava em contexto, mas às vezes o *prebriefing* era feito à distância, com o docente no laboratório. E nesse *prebriefing* era discutido com cada estudante o caso, a construção do caso, ou então com grupos de estudantes, porque houve situações em que os casos eram partilhados por pares, e complementado às vezes com alguns dados que a própria situação levava que os estudantes trouxessem novos dados. E a construção do caso também era discutida com o estudante, ele já fazia às vezes a partir do caso, já concebia algum planeamento e cuidados.

Investigador principal: Em termos de aprendizagem, então, classifica como esta fase, uma fase importante para a construção?

PUE C: Acho que é uma fase fundamental para a construção, porque será depois até mais significativo, porque ele prepara-se, fundamenta-se, vai com uma intenção de melhorar competências, sabe melhor aquilo que é esperado dele, tem tempo também para se envolver e relacionar com as competências da enfermagem, seja neste caso de cuidados gerais, ver as diferentes dimensões, desempenhar melhor, portanto, se envolver mais, também penso que mais motivado, porque já teve a preparação e capaz também de refletir melhor nos processos.

Investigador principal: Uma das fases, também, da simulação, tem a ver com o briefing, a apresentação dos casos.

PUE C: Sim.

Investigador principal: Como é que foi essa experiência, em termos para a aprendizagem dos estudantes?

PUE C: Como é que correu a experiência, agora? Para a aprendizagem dos estudantes, só vou lidando com eles e essa parte ficou muito nos testemunhos e nas reflexões, mas acho que essa parte também é muito construtiva para o estudante, porque ajuda que o estudante se

prepare melhor para identificar dados, objetivos e subjetivos, e também interpretá-los e também analisá-los antes da situação simulada, que será o mais real possível.

Investigador principal: Atendendo a experiência que provavelmente já teve no centro de simulação, como é que caracteriza o ambiente de interligação entre os vários intervenientes, para a construção da aprendizagem dos estudantes?

PUE C: Eu acho que o ambiente (pausa) o que ele deve ser e o que ele é, ele deve ser bastante facilitador e tem de haver uma articulação próxima entre os diferentes intervenientes. Há sempre o cuidado da parte, por exemplo, do briefing e do prebriefing de envolver os colegas do centro de simulação, que serão os instrutores, em que têm os casos tipo, mas que nós adequamos os casos tipo ao nível de competências pretendidas para o estudante e o mesmo caso pode servir para várias etapas. É também validado com os estudantes, já houve situações em que (pausa) e neste momento, acho que também, um dos instrutores vem anteriormente aqui à universidade, na preparação, portanto, no prebriefing, que já vai havendo a ligação com o centro de simulação, já não é tão novo. Penso que o ideal até seria uma visita ao centro antes do primeiro dia de (pausa) porque é feita no dia de manhã, e o ideal, e isto é muito limitado pelas horas de contacto, pelo horário dos estudantes que é um horário bastante preenchido, mas na minha opinião e pela experiência e pelas reações dos estudantes, acho que aquela visita não era em um dia, devia de ser uma visita anterior para eu poder, também, assimilar um bocado a novidade e estar mais bem preparada, e no dia estar mais (pausa) como é que eu hei de dizer, menos constrangido e mais preparado para utilizar aquele momento como um momento prazeroso, porque do testemunho de alguns estudantes, ele é stressante e o estudante, em algumas situações, sente-se muito condicionado pela forma como está a lidar com o stress. Portanto, acho esta relação, que é uma relação próxima aos instrutores também, ajuda-nos às vezes consoante a evolução e as características dos estudantes, adequar os casos, mesmo já havendo um cenário, até onde é que decorre, adequar, pode acontecer durante, e fazem parte também do debriefing, portanto, quer um docente, quer um instrutor, na medida do possível.

Investigador principal: Na simulação clínica, pode haver também a possibilidade de haver o participante simulado, isto é, alguém que se faça de familiar ou de outro utente, ou de enfermeiro. Teve a oportunidade de usar esta figura de participantes no simulado e como é que foi essa experiência?

PUE C: É assim, eu particularmente, enquanto mediadora, não. São os pares, utilizamos muito os pares ou os próprios docentes. Trazer uma pessoa exterior não, mas sei que é utilizado, por exemplo, a avaliação do desenvolvimento da criança, em que trazem (pausa) quando eu digo criança, nas diferentes etapas, pode chegar ao jovem, eu é que estava a generalizar, isso é utilizado. Nos adultos e nos idosos não, mas penso que seria também uma forma importante e às vezes até, como é que eu hei de dizer, aproveitar recursos e que poderá ser gratificante também para algumas pessoas adultas e idosas que se disponibilizem para algumas situações, não de intervenção que tenha a ver com integridade física, mas com a interação, com pessoas que não são pares, e ser novo, o estranho também será desafiador e prepara melhor para a prática assistencial, e acho que é um recurso que poderíamos efetivamente recorrer.

Investigador principal: Uma das fases também finais é a fase do debriefing. Na sua opinião, qual é os contributos que dá para a aprendizagem do estudante, esta fase?

PUE C: Acho que é uma fase fundamental, que em algumas situações até tem um tempo, é claro que programamos com o tempo os limites, em que algumas situações que individualizamos e explanamos durante mais tempo os processos, em que o estudante tem a perceção, é possibilitado ao estudante a perceção de si, o que é que sentiu, quais foram os processos mentais, como é planeou, como é que foi a sua resposta, como é que interpretou a resposta do cliente. É uma fase em que é muito importante a escuta, dar oportunidade de eles falarem. Realizamos o debriefing em pares, porque as simulações também são, na generalidade, em pares, mas poderão haver simulações individualizadas quando necessário, e é o acompanhamento e dar oportunidade de eles construírem também conhecimento, e vão lidar com o desenvolvimento de competências e no fundo construírem competências significativas para a prática e até desmistificar um pouquinho alguns aspetos que podem ter sido (pausa) quando eu digo desmistificar, esclarecer, compreender e esclarecer alguns aspetos que podem ter sido interpretados de forma diferente pelos estudantes, as vezes até pelos aspetos emocionais e para alguns constrangimentos.

Investigador principal: Que resultados, na sua opinião, obtém-se com a experiência da simulação clínica em enfermagem?

PUE C: Se fosse aqueles parques estudos que todos fizemos de satisfação, haviam inquéritos de satisfação e falamos um pouquinho, sem instrumentos de medida, mas eram

fundamentais e era possível, mas os resultados são muito positivos e tem se notado essa evolução, de tal forma que iniciamos, quando foi (pausa) porque isto teve a ver também com a revisão curricular e todos os aspetos que se realizaram quando foram as alterações do curso, para melhorar também os processos pedagógicos. E, portanto, isto traz para a prática, como lhe disse, aprendizagem significativa, uma aprendizagem mais segura, resultados mais positivos quando temos profissionais mais bem capacitados, otimizando os processos pedagógicos, temos também intervenções nos seus diferentes domínios, quer com o respeito pela integridade física, quer os aspetos humanos da interação, de uma forma melhorada. E aquilo que nós notávamos, como lhe disse, era uma evolução positiva de tal forma que se passou, por exemplo, no segundo ano, que é um ano que eles têm a primeira ligação com os contextos clínicos, com a prática assistencial, introduziu-se mais uma etapa entre os dois estágios, que é depois dele estar na prática assistencial, na mudança de estágio, voltar a passar em simulação clínica, e porque os estudantes valorizaram essa experiência, e porque ela é necessária.

Investigador principal: Em relação aos casos clínicos apresentados, como é que os classifica?

PUE C: De que forma?

Investigador principal: Se são adequados, se não foram adequados, se responde às expetativas ou não.

PUE C: Ah, sim.

Investigador principal: Os casos clínicos que foram apresentados aos estudantes.

PUE C: Os estudantes, sim. Como é que eu os classifico? Acho que eles são adequados. Como já disse, existem cenários (pausa) eu estou a falar da simulação de alta-fidelidade. Existem cenários que são complexos, mas que é possível depois adequar estes cenários às diferentes etapas, portanto, eles são adequados. Os outros casos, vamos passar aos de baixa fidelidade e aqui nem sequer temos, só os de média, só de sons acho que há um, não tenho a certeza neste momento, porque também não acompanhei o modelo, mas são essencialmente de baixa fidelidade. Os casos, também acho que vão sendo adequados às etapas e em alguns, como eu lhe disse, são construídos pelos estudantes (pausa) em parte, porque o docente dá algumas dicas para aquilo que se pretende e, portanto, procuram-se que eles sejam o mais

adequados possível às necessidades dos clientes que eles vão encontrar na situação ou no contexto clínico onde se vai desenvolver aquela etapa de aprendizagem e as competências que são pretendidas, os diferentes domínios da responsabilidade. Procura-se ver e discutir com o estudante o domínio da concessão da prestação de cuidados, a importância do desenvolvimento, também para a melhoria dos cuidados através das reflexões críticas que ele faz sobre os casos e sobre o desempenho e os aspetos éticos também.

Investigador principal: Ok. Estamos numa fase final da entrevista, só uma última questão que é relacionada com a investigação, com a inovação na área da simulação clínica. Qual é a sua opinião sobre a cultura que se desenvolve dentro do meio académico como na simulação clínica, em volta da necessidade de estimular mais estudos de investigação juntamente com os estudantes e criar esta cultura de investigar, na área da simulação clínica?

PUE C: Sim, tem havido evolução, nota-se que há maior produção científica e a necessidade de controlar estes processos na medida que eles garantem um melhor desempenho e uma maior capacitação. Acho fundamental e achava também importante, por exemplo, da nossa parte (pausa) e houve esse início, depois por diferentes constrangimentos perdeu-se ou suspendeu-se um pouquinho esses processos, mas acho que eles estão, acabam estando presentes pelo menos em intenções, que é em articulação, uma vez que estou a falar da Universidade da Madeira, que trabalhamos em parceria com o Serviço Regional de Saúde, a utilizar, quer o centro de simulação clínica, quer algumas práticas no serviço de Proteção Civil, haver estudos, controlo dos processos, contribuindo também para a melhoria desses processos, investigação ou ação, e também construção de conhecimento e de fundamentação dos processos. Portanto, a investigação atualmente é um meio essencial para todos os aspetos da melhoria, quer dos processos formativos, quer dos processos assistenciais da prática de cuidados.

Investigador principal: Terminaria com este bloco final perguntando se quer fazer alguma questão ou quer dar algum esclarecimento adicional em relação à entrevista.

PUE C: Não e sim (risos), porque foi também prazeroso falar sobre uma área que é básica na formação e na educação dos estudantes de enfermagem, na medida em que ia falando, ia revendo a forma como estes processos têm-se desenvolvido e revendo que, mesmo quando falou de modelos teóricos, eu acho que temos de, enquanto docentes, também nos prepararmos e procurarmos preparar para a prática formativa/educativa, explorando as

teorias da aprendizagem. Acho que sim, que o corpo docente, apesar de limitado no seu rácio, que se envolve nestes processos e eu estou crente que será um investimento no futuro, e que haja também dinheiro, que é necessário haver financiamento para este aspeto, são fulcrais no desenvolvimento de competências da enfermagem, da saúde em geral. E também o trabalho em equipe que eu não falei anteriormente, mas acho que era importante trazer numa fase, por exemplo, quarto ano, haver simulação, integrando outros elementos que não sejam só enfermeiros e família. Trabalhar a comunicação, também, em equipe, que é uma falha da prática.

Investigador principal: Ok. Muito bem. Agradecer.

Transcrição da entrevista individual PUE D (duração 34 minutos)

Subcategorias	PUE D
A1 - Género	Feminino
A2 - Idade	62
A3 - Contexto profissional	Professora Ensino Superior
A4 - Residência	Funchal
A5 – Percurso académico	Doutoramento

Investigador principal: Ok, então vamos iniciar a entrevista, e começaria por perguntar ao entrevistado que conceito tem sobre a simulação clínica em enfermagem?

PUE D: Portanto, simulação clínica em enfermagem, eu encaro como uma forma de educação e desenvolvimento do estudante relativamente aos cuidados de enfermagem, e é num ambiente, que não é o ambiente real do doente, mas sim um ambiente de simulação, um ambiente mais ou menos adequado e dentro do padrão do ambiente real, e considero que é mesmo um ambiente real, deixa de ser real porque não é uma pessoa que está verdadeira e sim um manequim, e o estudante consegue desenvolver algumas práticas já obtidas na parte teórica, consegue transferir para a prática. Eu acho que é esta a definição que (pausa).

Investigador principal: Muito bem. Dentro da simulação clínica, existe sempre a descrição de usarmos simuladores, o manequim. Na sua opinião, como é que descreve a importância para a aprendizagem do aluno, desses manequins, que utilidade é que tem?

PUE D: Acho que os manequins com simulador são uma mais valia para o estudante, na medida em que eles dão mesmo a sensação que (pausa) o estudante fica com a sensação, ao menos é o que eles verbalizam, que estão a trabalhar com o doente e, portanto, o simulador que respira, que fala, que tem uma pressão arterial, tem uma frequência cardíaca, portanto, leva que o estudante desenvolva o seu raciocínio e o seu pensamento crítico em relação aos cuidados e, através do manequim, o estudante quase que está no ambiente real, e muitas vezes os estudantes tem momentos que ficam, tipo, assustados com quando um manequim reage e são comportamentos que o estudante apresenta perante o manequim com simulador, que podem ser motivo de alguma correção para a nossa parte, do professor, e que o

estudante revela esses comportamentos ali naquela área e é uma mais valia em relação a ser um manequim com simulação e não ser um doente, porque como nós sabemos, às vezes, a reação do estudante perante o real de um doente, na primeira vez ou no primeiro contacto que tem com um procedimento, pode ser uma reação que não é benéfica para o doente, e em termos do simulador, o estudante consegue transferir isso, pode apresentar várias reações, desde o chorar ou ficar stressado, que não vai prejudicar ninguém de modo algum. Se for com uma pessoa esta reação do estudante, já é complicado, porque o doente é uma pessoa, vai ficar nervosa de ver o estudante nervoso, e como professores nós temos essa prática mesmo da clínica real, e por isso acho que o simulador ajuda a que o estudante pense mesmo que está perante um doente e que, em princípio, não vai prejudicar ninguém, só vai trazer uma mais-valia para a aprendizagem do estudante.

Investigador principal: Pronto. Tem experiência como docente de utilizar vários tipos de simulador?

PUE D: Sim, tenho.

Investigador principal: Qual é a sua opinião sobre os simuladores no meio académico e no meio de um laboratório de simulação?

PUE D: No meio académico, se for falar na minha realidade aqui, nós não temos simuladores (risos), temos um manequim, nós é que fazemos de simuladores, muitas vezes eu assumo o papel de simulador, falo de que tenho dores, portanto, eu é que faço o papel do simulador, porque os nossos manequins, que temos neste momento aqui, não têm simuladores. Se for num ambiente que nós felizmente temos a oportunidade de frequentar, aqui, a nível da nossa região, que temos um bom centro de simulação, e os estudantes têm essa experiência, é um ambiente com simulador mesmo, um centro de simulação avançado, acho que é completamente diferente de ter um centro de simulação em que não haja reação do doente, nem, como é que eu hei de dizer, nem (pausa) o estudante não consegue interagir tanto como se estiver em um simulador real e, para nós professores, até a nível da sobrecarga de trabalho, é muito melhor e fico muito mais cansada a dar uma aula prática a um estudante em que não há simulador, que é um manequim apenas, do que numa aula prática com o simulador, porque o simulador vai desenvolvendo o caso, enquanto que eu, enquanto ensino o estudante, tenho que pensar o que é que vou desenvolver e qual é a reação que eu vou ter e, portanto, se tenho o simulador, ele vai tendo as reações, e para o estudante

também acho que é uma mais valia, acho que o futuro que nos reserva, e acho bem, que os estudantes consigam ter mais experiências com simuladores reais, e nós aqui, na minha instituição, nós conseguimos que através da parceria que temos com o Serviço Regional de Saúde, conseguimos que os estudantes tenham essa experiência, são poucas experiências quanto a mim, até considero que as aulas práticas deviam de ser todas feitas no centro de simulação, em que haja simuladores reais. É uma pena nós termos poucas experiências, porque o que eu observo é que o estudante, perante um centro de simulação em que não haja simuladores reais, que não haja manequins a reagir, as aprendizagens são completamente diferentes para aquele estudante, a sobrecarga para o professor é muito maior, e se for num centro de simulação avançado, com simuladores e com manequins quase reais, o estudante desenvolve muito mais a sua aprendizagem e caminha muito mais rápido, e também a nível do professor é um ambiente mais facilitador, do meu trabalho.

Investigador principal: Ok. Dentro da experiência e do ambiente de aprendizagem de simulação clínica há quem fale que é uma experiência inovadora. Concorde com esta observação?

PUE D: Plenamente.

Investigador principal: E porquê?

PUE D: Concorde, porque quem nos dera que nós todos, e estou a falar em termos de escola, e para nós também professores, a nossa frequência ao centro de simulação avançado, para nós também é uma aprendizagem, nós aprendemos muita coisa com os manequins, porque assim, nós estamos a aprender todos os dias e se ir a um centro de simulação, que está sempre na beira, que tem sempre os manequins muito mais avançados e os mais recentes, nós obtemos esse conhecimento, também evoluímos, e para o estudante, estar num centro de simulação inovador é o topo, só que (pausa).

Investigador principal: Quando se fala de inovação, estamos a associar a tecnologia que está implícita ou é outro tipo de estratégia?

PUE D: Acho que aqui não há só a tecnologia, também as outras estratégias que envolvem um centro de simulação avançado, desde o ambiente de enfermagem, as pessoas que movimentam dentro do centro, os feedbacks que são dados, a tecnologia que existe lá dentro, que consegue nos ajudar e também ajudar a pessoa que está a aprender, e por isso

acho que a simulação avançada, não só para os estudantes, mas também para os profissionais de saúde, acho que é uma mais valia, quem nos dera de vez em quando poder ir ao centro, mesmo nós como professores, ir ao centro de simulação, fazer determinado procedimento ou determinada prática com o simulador, e dizer "ah, está aí, tu não estás a ir pelo caminho certo", também para nós professores, ir a uma simulação, acho que também seria uma mais valia, ser avaliada no meu desempenho, a cuidar de um doente, a cuidar de uma pessoa, em ambiente de simulação, também para eu fazer a minha autoscopia e ver quais são as minhas fraquezas, porque este modelo de simulação avançada é ótimo, acho que é uma mais valia, e eu lembro-me, quando fazia o meu curso, os nossos simuladores eram pessoas e para mim era muito traumatizante a nível psicológico, eu estar a efetuar um procedimento numa pessoa que eu tinha a sensação que ia provocar dor, que não estava a ser correta. Agora, num manequim, quando eu estou a praticar cuidados, eu estou a praticar no manequim, mesmo que eu falhe, eu vou falhar num manequim, não vou falhar numa pessoa, que pode ser grave e até fatal, e por isso eu acho que é uma coisa que todos os hospitais, todas as escolas, deviam ter centros de simulação com manequins, com simuladores reais, acho que era uma mais valia e isto tem uma vantagem muito grande, que a nível da prática, e nós podíamos no futuro fazer estudos sobre isso, os erros acontecem e iam se reduzir exponencialmente, é a ideia que eu tenho, que se as pessoas conseguissem praticar simulação, com certeza, o erro em saúde ia reduzir imenso.

Investigador principal: Muito bem. Sente na sua experiência que os estudantes, neste momento, estão preparados para ir ao centro de simulação clínica?

PUE D: Da minha experiência, eu acho que (pausa) da primeira vez acho que não, porque quando os estudantes sabem que vão ao centro de simulação clínica, eles entram num stresse, num conflito tal com eles próprios, que muitos ficam super stressados e nervosos. Eu, como professora, muitas vezes, tento acalmá-los e dizer, "Vocês têm que perceber que a simulação serve para vocês irem lá ver quais são as vossas fraquezas, para vocês terem um feedback daquilo que sabem e que não sabem. A simulação também é uma avaliação, mas é uma avaliação para o próprio, é uma avaliação para vocês próprios, vocês vão à simulação ver se realmente estão bem naquele procedimento. O professor não vai vos levar a simulação para vos prejudicar em nada, antes pelo contrário, a simulação serve para vocês verem o que é que sabem e o que não sabem, e o que é que precisam de estudar. O que eu noto é que a primeira ida do estudante ao centro de simulação real, não estou a falar do laboratório, que

tem manequins estáticos, que não reagem, mas ao centro de simulação mais avançado e real, é muito stressante para o estudante, e nós professores temos que estar com atenção para isto, porque muitos, às vezes, até referem que não dormem, que estão muito ansiosos, que choraram em casa, portanto, têm alterações pela ida ao centro de simulação. Talvez aqui, nós professores, devíamos ter outro cuidado, preparar, ensinar e explicar ao estudante que aquilo é um momento em que ele vai demonstrar o seu conhecimento perante o professor, vai ter uma avaliação, que é uma avaliação para o professor e também para ele. Talvez há aqui uma situação em que nós professores teríamos que ter mais atenção a ver se o estudante não ia tão stressado, porque muitas vezes, quando eles chegam ao centro de simulação avançado, eles param, ficam estáticos, nervosos e nem conseguem raciocinar, talvez a nossa preparação tenha que ser outra, antes do estudante enfrentar o centro de simulação. Agora, por outro lado, também é bom que o estudante chegue lá e sinta este stresse, porque nós estamos a avaliar o stresse do estudante perante o doente, portanto, também é bom que o estudante revele algum stresse e alguma ansiedade. Mas, por outro lado, também, para o estudante não é bom, portanto, qual será o ideal para a simulação? Vamos aprendendo, e eu acho que a investigação ou desenvolvimento de estudos e trabalhos, que há muita pouca coisa sobre isso, é uma área que eu também gosto e que já tentei investigar, eu já tive um grupo de estudantes que me fizeram um trabalho sobre a simulação clínica em enfermagem, acho que é uma área que precisa de muita investigação e de evidência, de como devemos organizar a simulação, nós professores e também para o bem dos estudantes, que o nosso objetivo aqui é formar as pessoas para amanhã serem excelentes enfermeiros, e acho que a simulação clínica e avançada é uma mais valia nesta área.

Investigador principal: Muito bem. Dentro da experiência que tem tido, qual é a sua opinião sobre a utilização de modelos na simulação clínica? Dos de referência teóricos.

PUE D: É ótima. Eu ensino simulação na prática, tem sempre a cabeça, um modelo teórico. Um estudante, se não se guia pelo modelo teórico, o que é que ele vai fazer à simulação? Eu tenho que ter o modelo, eu tenho que saber o processo de enfermagem, tenho que saber aplicar o processo de enfermagem e cuidar de um doente, que não é um ambiente real, é um ambiente de simulação, mas é aqui que o estudante vai desenvolver o modelo teórico e vai desenvolver o seu conhecimento na área da enfermagem, e como sabe nós seguimos um modelo teórico do processo de enfermagem e acho que é fundamental. Eu não me vejo no centro de simulação sem o modelo teórico. O que é que eu vou lá fazer sem o modelo

teórico? O modelo ajuda-nos orientar os cuidados de enfermagem e o estudante, é o ponto de partida, é o modelo de enfermagem.

Investigador principal: Muito bem. Fala-se muito na questão da mudança de paradigma, isto é, de centrar o estudante cada vez mais no processo de aprendizagem. Qual é a sua opinião em ver o estudante também na preparação destas etapas, dos casos clínicos e na simulação clínica?

PUE D: Acho que é uma inovação, é a tal mudança que eu estava a falar há bocado, que tem que haver, nós temos que pensar, professores, docentes, também os estudantes, envolver a comunidade toda neste assunto, porque acho que os estudantes têm um papel ativo na sua aprendizagem e por isso eles (pausa) se nós não tivéssemos os estudantes, eles têm que ser incluídos no processo da simulação, de modo algum eu vejo as coisas de outra forma, e acho que seria uma mais valia eles participarem no planeamento. Como é que eu vejo isto? Porque na simulação nós fazemos sempre o debriefing e no debriefing é pedido ao estudante, "na sua opinião, como é que isto deveria ser organizado", e o estudante têm a sua opinião. Só que assim, estes dados tão colhidos, não estão trabalhados, e acho que deveriam ser trabalhados e talvez, através da investigação e do tratamento destes dados, do debriefing, que é muito importante incluir o estudante na preparação da simulação.

Investigador principal: Ok. Existe teoricamente quem fale na importância de um prebriefing, que é conhecer as instalações antes do próprio caso, do cenário. Na sua opinião, o que é que acha sobre este caso?

PUE D: É vantajoso. É assim, eu tenho as duas experiências, eu tenho uma experiência do estudante ir para o centro sem ter o prebriefing do centro, e tenho a outra experiência de ele ter o prebriefing. Acho que o estudante deve ter o prebriefing. Pronto, isto é o meu ponto de vista. Até eles todos podem confirmar que não, que não é preciso o estudante ter um prebriefing, mas acho que é vantajoso, porque o estudante, e da minha experiência, quando ele já conhece o espaço e o ambiente, ele já vai para o caso, desenvolver o seu caso clínico, com outra vontade, quando não conhece o ambiente. Ele chega dentro do centro, entra, aquele ambiente é desconhecido, para já para se familiarizar com o ambiente, porque nós, enfermeiros, quando vamos para o serviço, temos uma integração para conhecer o ambiente, agora se o estudante chega a um ambiente que é desconhecido e já vai cuidar de uma pessoa, eu acho que isso é um fator de aumentar a ansiedade do estudante. Isto é verdade, eu estou a

falar empiricamente daquilo que eu senti, do que eu vi, do que os estudantes revelaram, agora pode haver estudos que contradigam isso e digam que não é importante o prebriefing. Do meu ponto de vista, acho que é vantajoso para o estudante e também para o professor.

Investigador principal: Em relação ao briefing, uma das primeiras etapas, qual é a sua opinião sobre a forma que é desenvolvido?

PUE D: Acho que não está mal a forma como o desenvolvemos, mas podia sim melhorar, acho que podia ser melhorado.

Investigador principal: É uma fase onde era explicado o caso ao estudante?

PUE D: Sim, podia ser melhorado. Eu acho que nós explicamos o caso, mas devíamos de disponibilizar mais algum tempo ao estudante interiorizar, às vezes aqui na simulação é um bocado rápido e o estudante, às vezes, nem tem tempo de assimilar toda a informação que lhe é explicada, porque nós, numa situação de stresse, como sabe, nós ouvimos a informação e temos em stresse que a informação vá rapidamente na cabeça do estudante, e realmente, às vezes, já mesmo em ambiente da simulação, o estudante já nem se lembra o que é que leu, alguns estudantes, e isso não é vantajoso para a aprendizagem.

Investigador principal: Quando é projetado (pausa) a simulação clínica, o caso clínico, neste caso, há várias intervenientes nesse processo. Como é que é a relação entre esses intervenientes? Que experiência é que tem? Estamos a falar dos professores, docentes, dos intervenientes da simulação e dos demais, de apoio.

PUE D: É assim, nós aproveitamos (pausa) sim, toda a gente, também os operadores e isso tudo. Acho que o ambiente entre a equipa toda da simulação, para nós professores, os operadores e todo o staff do centro de simulação, o ambiente é bom (pausa) para o estudante, são pessoas (pausa) se for a primeira vez que eles não conhecem e que estão ali. Mas acho que também os operadores e as pessoas que colaboram connosco tentam se aproximar ao máximo dos estudantes, e gera-se um ambiente saudável para todas as partes. Acho que não é gerador de stresse, antes pelo contrário, às vezes, no centro de simulação, os operadores tentam entrar nessa aula e ter uma relação mais próxima com o estudante, que acho que é bastante vantajosa e o estudante consegue relaxar e desenvolver o seu pensamento crítico com mais facilidade. É engraçado, que às vezes os operadores dizem

mesmo que têm necessidade de sair do seu espaço para se aproximar do estudante, acho que é um ambiente sadio.

Investigador principal: Há quem fale, também, que pode haver na simulação clínica o caso do participante simulado, isto é, alguém que faça de familiar ou de outro enfermeiro, ou de outro doente. Nos casos que foram praticados, usaram uma figura de praticante simulado?

PUE D: Sim. Usamos, por exemplo, da família, uma pessoa faz de familiar.

Investigador principal: Como é que foi essa experiência?

PUE D: Foi boa, porque a família e a pessoa que está a desempenhar o papel de família, faz muito bem o papel, e isso para o estudante é ótimo, porque ele sente que está a falar mesmo com uma pessoa e que tem que resolver aquele problema real, portanto, nós não podemos falar na simulação, logicamente nós precisamos sempre do humano ali, porque nós, principalmente quando estamos a trabalhar, a parte da relação (pausa) e uma coisa que não podemos esquecer, e eu incito sobre isso nas aulas práticas, é um manequim, mas temos que lembrar sempre o estudante que é uma pessoa, que a parte humana está ali, e os estudantes, às vezes, dizem "Ah, professora, mas eu não consigo desenvolver porque isto não é uma pessoa, eu não consigo", "Mas faz de conta que sou eu que estou ali, que é uma pessoa, que é você, que é um familiar. Como é que você vai cuidar?", e, portanto, acho que (pausa).

Investigador principal: Muito bem, fale um pouco sobre a fase do debriefing, que experiência, como é que foi essa fase?

PUE D: O debriefing é muito importante, é uma fase que o estudante, muitas vezes, apresenta algum stress ainda da simulação, mas é aí que nós professores nos conseguimos aperceber da forma que o estudante, por exemplo, se foi a primeira vez que reagiu àquele ambiente, e serve também para nós escutarmos as dificuldades e o que é que correu bem, e o que correu pior durante aquele caso ou durante aquela situação. E os estudantes revelam, muitas vezes, a palavra que eles mais utilizam nos debriefing, é a frustração, a falta de estudo, a ansiedade, o medo, a parte de ser um manequim e não ser uma pessoa, o que também limita eles um bocado, e às vezes quando são manequins interativos, eles referem muito isso, que não conseguem ter aquela relação como se fosse com uma pessoa, sentem que falharam, por exemplo, no trabalho em equipa, porque eles ficam stressados e quando é em grupo, simulação em grupo, eles estão stressados e não conseguem se organizar, às vezes

referem que devia ter havido mais trabalho em equipa e que não houve, mas o que eu tenho á cabeça é sempre o stresse, a ansiedade, um medo, e depois, como pontos positivos, eles revelam sempre que deviam de fazer mais simulações, deviam de haver mais simulações, que foi ótimo, que é uma mais valia, que aprenderam, portanto, tem também aspetos menos bons, mas tem aspetos muito bons que os estudantes revelam, e aquilo que eu ponho à cabeça é o que os estudantes dizem sempre, devíamos fazer mais vezes simulação quase real.

Investigador principal: Ok, muito bem. Então, de maneira geral, resume que ganhos se obtém com a experiência de simulação.

PUE D: Muitos ganhos, e nós professores obtemos muitos ganhos com isso e os alunos também, e está aqui uma área em questão que eu priorizo muito, que é o nosso doente, que vamos cuidar, e os ganhos estão para os doentes, principalmente para os doentes, porque os procedimentos são treinados num manequim, não são treinados na pessoa e quem nos dera que todos os hospitais tivessem espaços de simulação, para todos os profissionais lá passarem e praticarem essa simulação. Portanto, acho que é uma mais valia e nós, escolas, também temos um papel fundamental aí em juntar a simulação à prática real, à prática clínica, e fazer esta ponte, e nós já fazemos aqui na nossa instituição, com o serviço de saúde, damos essa oportunidade e temos uma relação de proximidade com o centro de simulação clínica, e vimos como uma mais valia para os nossos estudantes e também para eles mesmos, e até dizemos, como futuros profissionais, saberem que existe o centro de simulação e que, mesmo já enfermeiros, podem lá recorrer para treinar algum procedimento que tenham alguma insegurança e que não tenham a segurança total para tratar de uma pessoa.

Investigador principal: Como classifica os casos que foram desenvolvidos na simulação, os casos clínicos, de uma maneira geral?

PUE D: Acho que foram adequados. Como sabe, tem a ver com as unidades curriculares e, o que eu acho é que, muitas vezes, para o grupo, nós fazemos um caso só, e aí muitas vezes os estudantes que vão no fim já sabem mais ou menos o que se vai passar. Por isso, acho que devia de haver mais casos numa jornada de simulação, três casos pelo menos, que é para também não haver aquela parte de eles já saberem ao que vão, que sempre os primeiros sofrem um bocadinho e os últimos que vêm, o que nós notamos, vêm mais descontraídos em

relação ao caso, por isso, se for numa simulação de avaliação, se for numa situação de aprendizagem, até é bom nós falarmos sempre no mesmo caso, porque também como aprendizagem para eles é bom, durante uma jornada, noutra jornada meter outro caso, e depois mais tarde mostrar casos. Acho que aqui o estudante tem de ser muito treinado antes da avaliação, para saber ao que vai. Acho que é uma mais-valia, e nós estamos a falar de cuidados de saúde, estamos a falar de cuidar de pessoas, e se a pessoa já for mais ou menos preparada para uma avaliação, ao que vai, o rendimento do estudante é completamente diferente, é o que eu acho.

Investigador principal: Falou há pouco da investigação e da inovação. Na sua opinião, como é que, nesses espaços de simulação clínica, é praticado esta cultura de debater a necessidade de haver parcerias, investigação e estudos na área da simulação clínica?

PUE D: Acho que é uma lacuna. Eu muitas vezes, aqui, internamente na universidade, debato, já falei com várias colegas que fazem simulação comigo, os *debriefing* acho que os dados devem ser trabalhados. Devem ser trabalhados para eu fazer também a minha autoscopia, ver e avaliar o que é que eu estou a fazer bem e menos bem, o que é que o estudante está a sentir, o que é que se está a passar, e nós recebemos as avaliações dos estudantes e falta trabalhá-las, eu sinto e pronto, como sabe, gosto muito da área da investigação e estou muito feliz por o Investigador principal estar a fazer este trabalho, porque é uma área que está morta aqui na Madeira, e tem que ser reavivada, e nós temos que fazer essas parcerias de investigação com os colegas, também das instituições e dos centros de simulação, e nós professores trabalharmos juntos com a simulação esta área da investigação. E para o que é que serve a investigação? Para uma melhoria do nosso desempenho, e se eu recebo os *debriefing* e guardo, e depois só vou ler e tenho esta ideia do que é que os estudantes (pausa) mas é uma ideia empírica, e não tenho dados palpáveis, isso é importante nós termos, porque na prática, e a investigação ajuda muito, a evidência é que nos vai orientar acerca do desenvolvimento e da inovação em enfermagem. A área da simulação clínica, acho que há aqui uma lacuna a nível da investigação, embora já se faça muito a nível internacional e a nível nacional, já há alguns colegas que se preocupam com isso, mas há muito pouco, eu lembro-me que há pouco, há uns dois ou três anos, houve aqui um encontro de simulação clínica e uma das coisas que os colegas de lá diziam, é que nós não fazíamos nada. Ainda há pouco tempo ligaram-me do centro de simulação a perguntar se nós não tínhamos nenhum estudo ou nada feito, que havia um encontro de simulação, que

precisavam de trabalhos para o encontro. Não havia nada, por isso acho que é uma lacuna que tem que ser trabalhada, o Investigador principal já está a fazer o seu doutoramento na área e acho bem, e que isto sirva para o ponto de partida, para nós desenvolvermos investigação junto com os colegas e aqui na universidade, e também com os colegas do centro de simulação e com os colegas da prática, esta área da simulação clínica que é o futuro, eu acho que é o futuro, os ambientes cada vez mais idênticos aos reais, para os estudantes e também para os profissionais de saúde.

Investigador principal: Muito bem. Estamos mesmo na reta final, só tinha aqui um bloco de questões finais, que era questionar o entrevistado se pretende colocar alguma questão ou algum esclarecimento adicional que queira colocar na entrevista.

PUE D: Questões não tenho, só posso revelar que estou muito feliz por o Investigador principal estar a fazer este trabalho, que já ando a 3 anos a pedir alguém, e também devia ter começado sozinha, mas a investigação (pausa) você está a fazer um doutoramento, vai ter que fazer só, mas precisa de nós, e precisa também que as pessoas se interessem pelo tema, e é um tema que eu gosto imenso e acho que está no caminho certo, e isto é uma área que tem que ser trabalhada e é urgente trabalhá-la, e ainda bem que está a fazer o trabalho. Eu dou os parabéns por ter escolhido este trabalho, este estudo, porque é uma lacuna dentro da área daqui da escola, e também da prática, acho que fazes bem em fazer este trabalho. É uma área que eu gosto, que tem que ser investigada, já falei com o X, já falei com o Investigador principal, com o X, já falei com tanta gente, com o X, para nós fazemos estudos de investigação, ninguém se mexe, acho que tu vais ser aqui um impulsionador para isto, e aqui na escola também já falei com as colegas, a gente tem os *debriefing*, aquilo é qualitativo, aquilo é trabalhar aqueles dados, não querem.

Investigador principal: Ok, terminaria então o questionário.

Transcrição da entrevista individual PUE E (duração 46 minutos)

Subcategorias	PUE E
A1 - Género	Feminino
A2 - Idade	58
A3 - Contexto profissional	Professora Ensino Superior
A4 - Residência	Funchal
A5 – Percurso académico	Mestrado

Investigador principal: Vamos começar. Eu começaria por perguntar como é que descreve a simulação clínica em enfermagem?

PUE E: Como uma (pausa) sei lá, podemos falar de várias formas, mas é sobretudo uma técnica pedagógica, uma experiência pedagógica, mas é mais uma ferramenta pedagógica, aliás, muito defendida pelas próprias características, e da experiência que tenho, tem um forte impacto nos estudantes, ainda que da primeira vez que eles vão, vão sem perceber muito bem para o que é que vão. A primeira experiência é uma experiência de os aterrar no concreto, um bocadinho por aí, às vezes até ficam, assim, expressam mesmo, meio frustrados com o resultado, mas depois, creio que uns dias depois, assenta e eles próprios questionam quando é que podemos voltar lá, pelo impacto da experiência. Mas é, sobretudo, efetivamente para responder à questão, é uma ferramenta pedagógica extraordinária, porque cria um cenário muito realista e muito interativo, como é o óbvio, e nós estamos com uma geração uma geração altamente digital, de modo que eles se entusiasмам por entrar ali num cenário de alta tecnologia, porque isto atrai a geração, de poder interagir ali com base num caso real, que é preparado. Enfim, não sei se tem interesse, mas como ferramenta, é claro que quem utiliza a ferramenta tem que saber minimamente quais são os objetivos e as potencialidades da ferramenta, e por isso que assim, ninguém vai (pausa) o docente que acompanha não vai ali em branco, não se preparou adequadamente para os casos que vai oferecer, e tem que ter muito bem definido o que é que pretende do aluno. É uma experiência, é uma técnica ou uma ferramenta pedagógica, para criar uma boa experiência e uma boa vivência ao estudante, não para o fazer frustrar do que não sabe. "Não, ele vai lá chegar", mas é que identifico, atendendo à própria metodologia, que tem uma etapa final de debriefing, e etapa de debriefing é essencialmente para identificar os pontos onde esteve

bem, os pontos que precisam de ser melhorados, mas formar pela positiva, arrancando deles também o que já está bem, o que é preciso ser aprimorado, abrir portas para aprofundar, o debriefing tem essa condição, ainda que no primeiro debriefing, de uma maneira geral, eles estão muito fechados, porque algumas das questões é ter que falar das emoções e dos sentimentos que vivem naquele se preparou momento de aprendizagem, mexe-lhes ali muito com a interioridade, e precisam de ser ajudados também a expressar. Mas é, sem dúvida nenhuma, uma (pausa) eu sou uma fã, e uma defensora da simulação, até partilho com os estudantes que há algumas escolas, algumas instituições no continente, que não aceitam estudantes para estágio, se não tiverem passado pelo centro de simulação, por exemplo, de alta-fidelidade. Mas cria ali, de facto, um ambiente protegido, quer dizer, eles são protegidos do olhar apenas (pausa) sujeitos ao olhar, sim, também, do operador, mas sobretudo do docente. Tem outras técnicas pedagógicas, e pela experiência que tenho de acompanhamento, tem ali uma atmosfera altamente protegida, onde podem treinar, onde podem identificar as suas dificuldades, mas um ambiente altamente protegido e realista, que lhes amortiza a experiência. Por exemplo, se confrontarem pela primeira vez com um doente, qualquer que seja o cenário, tem uma amortização muito grande, de tal forma, eles são os primeiros a dizer que é muito útil neste sentido, de perceber o que é que o espera. E de uma maneira geral, a experiência é muito positiva para eles. Eles, na avaliação que fazem da primeira experiência, dizem que é positivo e querem voltar. Ponto, isto é muito claro.

Investigador principal: Como é que descreve, então, o ambiente? E que tipos de ambiente conhece para a simulação?

PUE E: Eu, da experiência que tenho ligada ao segundo ano, a experiência (pausa) não sei se percebi bem a pergunta, mas a experiência pode ser fundamentalmente relacional, pode ser fundamentalmente instrumental, pode ser o que nós quisermos, dá-nos essa oportunidade. Eu posso ter um cenário onde eu quero única e simplesmente que o estudante treine e exercite a relação com a pessoa. Porquê? Porque os manequins respondem, os operadores receberam o guião, sabem quais são os objetivos, portanto, eles estão muito (pausa) e são enfermeiros, que é grande vantagem, portanto percebem, eu não preciso de dizer nada aos operadores, que eles percebem, sabem quais são os objetivos, eles próprios interagem. Portanto, se eu quiser criar um ambiente única e simplesmente de comunicação, muito bem, comunicação da mãe com o filho, a comunicação de um enfermeiro (pausa) desculpa, do enfermeiro com a mãe, a comunicação do enfermeiro com um doente em

estado crítico, comunicação do enfermeiro com o doente em fase terminal, comunicação do doente com a família, para tudo, no doente em pós-operatório, é o que quisermos.

Investigador principal: Falou aí dos simuladores, dos manequins. Qual é a sua opinião sobre o desempenho deles para a aprendizagem do estudante? E se possível, comparar a simulação que se faz num centro de simulação com o meio académico.

PUE E: Quer dizer, nós, como temos um protocolo com o centro de simulação clínica da Madeira, que é um dos melhores do país, e nós temos ali simuladores dos menos diferenciados até os mais diferenciados, obviamente que os simuladores de alta fidelidade, quer dizer, dão uma resposta em tempo útil, o estudante teve uma intervenção que não foi adequada, o manequim é controlado pelo operador, o operador percebe que a intervenção não foi adequada, e o manequim responde em função da (pausa) eles têm esta perceção. Imaginemos, administrar uma terapêutica, a terapêutica que não foi preparada adequadamente dá a possibilidade, por exemplo, de o operador fazer a gestão e pôr o doente à morte, o manequim à morte, e eles têm esta perceção e este impacto, e é muito impactante.

Investigador principal: Ok. Fala-se muito hoje, cada vez mais (pausa).

PUE E: Peço desculpa. É diferente, efetivamente, do meio académico, porque nós não temos manequins de alta-fidelidade, são os mais básicos, onde muitas vezes o docente assume o papel de manequim, vai dando as respostas, mas não é igual, faz o melhor que sabe e que pode, mas fica abaixo do realismo, se queremos assim.

Investigador principal: Muito bem. Fala-se muito na questão de o ambiente de simulação clínica ser um ambiente inovador, concorda com esta observação e justifique porquê é que acha que é inovador?

PUE E: Quer dizer, é um ambiente inovador, ainda que a simulação clínica não foi descoberta, nem se utiliza de dois ou três anos para cá. Tem alguns anos já, tem vindo (pausa) já conseguimos encontrar aqui alguns relatos atrás dos anos 80, mas o boom acontece a partir dos anos 90 e, obviamente que vão sendo aprimorados aqui os simuladores. Nós temos simulador, por exemplo, para a pessoa idosa, temos simuladores só para a pessoa idosa, desde a pele, desde a configuração fisiológica, portanto, obviamente que isto requer um investimento. Perdi-me na pergunta, outra vez.

Investigador principal: Na questão de ser inovador o centro de simulação, para a aprendizagem.

PUE E: Sim, tende à inovação, porque os upgrades dos simuladores vão sendo atualizados também, e o facto de criarem a possibilidade de se utilizar qualquer cenário, até um cenário de catástrofe, é possível utilizar. É uma ferramenta, se quisermos dizer que é inovadora, eu não sei se é assim tão inovadora.

Investigador principal: Em relação às práticas educativas, qual é a sua opinião sobre as práticas educativas que são desenvolvidas na simulação clínica?

PUE E: Obviamente que nós vamos introduzindo novas ferramentas e vamos potenciando toda a parte digital, porque é motivante para os estudantes também, e arranca deles também, trabalha a eles a própria criatividade. Se estamos a falar em inovação nesse sentido, posso dizer que sim. Não sei, teria que pensar um bocadinho mais na questão da inovação. Eu não sei se é assim tão inovador. Com certeza, estamos mais despertos neste momento para a utilização dessas ferramentas, que são muito úteis, porque arrancam dos estudantes o melhor deles.

Investigador principal: Na sua opinião, como é que acha que os estudantes estão, a nível de preparação, para desenvolver a sua aprendizagem na simulação clínica?

PUE E: Eu discordo completamente quando se diz que esta geração, em particular, de enfermeiros, de estudantes de enfermagem, "esta geração é a geração do digital, não era como antigamente", mesmo não. Os estudantes, hoje, são diferentes, não são melhores, nem são piores, são diferentes e atendendo a que são formados dentro do digital, e que estão à distância de um clique, pode ter a informação toda e mais alguma, isto tem algumas desvantagens. A questão do touch, do dedo clicar e ter a informação toda, há um risco muito grande que é deixá-los na superficialidade, então é uma geração altamente preparada do ponto de vista digital, mas que precisa de ser acompanhada também. De, sobretudo, de potenciar essas capacidades que têm para o digital, mas ajudá-los a ir à profundidade das questões e, sobretudo, no nosso caso, a profundidade das questões humanas, quer dizer, não podemos ficar no superficial. E pode ser um risco que fiquem deslumbrados com a simulação, com a tecnologia, se nós não agregamos a isto essa dimensão profunda do ser humano. E o centro de simulação e a simulação clínica, se não tem isto muito claro, da

exploração com eles em profundidade, do cenário que está à frente, ficamos no superficial e no touch, eu clico e está tudo resolvido. Isto não é assim, em tempo real não é assim. As pessoas não se cuidam com um clique. O digital ajuda-nos, mas o digital não substitui esta dimensão profundamente humana das pessoas, mas ajuda a aligeirar aqui alguns processos.

Investigador principal: Como é que acha que a simulação clínica ajuda estes estudantes, como futuros profissionais, a estarem aptos para resolver problemas?

PUE E: Ajuda, porque pode aligeirar aqui alguns processos, mas a relação humana, se nós falarmos, e não é para agora, mas se quiséssemos falar sobre a inteligência artificial, quer dizer, não há nenhum robô que substitua a genuína relação humana, o toque, a conversa, ainda que é possível introduzir todos os logaritmos e mais alguns, e um Touche robô faz a conversa toda, há algumas coisas que não conseguirá substituir. Não temos que ter medo, nem da tecnologia, nem da simulação, nem nada disso, prepara os estudantes, porque amortiza o impacto. Nós estamos a falar de estudantes que são colocados em meio hospitalar com 18 anos, face a problemas e as situações de saúde dramáticas, algumas vezes nunca viram uma pessoa nua, é a primeira vez que estão a alimentar na boca alguém, e isto, para nós que temos muitas experiência, às vezes aligeiramos isto, mas se eu mergulho em profundidade, nestes momentos de primeiro contacto, se isto não é bem acompanhado e bem preparado, é profundamente dramático nestes estudantes, ou então ficam só no touch e não é assim. Mas eu creio profundamente sim, acredito profundamente que a simulação ajuda muitíssimo estes estudantes, mas dizer-lhes que cuidar não se resume ao digital e a simulação. Ali preparamos, ensaiamos, treinamos, ali lidamos com os nossos erros, com as nossas frustrações, aprendemos, identificamos as dificuldades, identificamos as razões de ficar frustrados, identificamos os erros, procuramos melhoria, para que em contexto real o erro seja de minuto, esse é o grande objetivo da simulação, e a simulação de alta-fidelidade tem esta missão, que é diminuir o erro, e de autoconhecimento mesmo. Eu quando vou para debriefing, e quando pergunto aos estudantes o que é que viveram, quais foram os sentimentos e emoções, não é porque eu quero ter ali um momento de psicologia, não. É para eles identificarem e aprenderem a identificar, a nomear as emoções e os sentimentos, e perceber que em determinadas situações é expectável que vivam aquele sentimento e aquela emoção, já estar à espera disso, e incitar os mecanismos de gestão, para não terem impacto nas pessoas, nós não controlamos a 100%. Agora, que a simulação nos dá essa oportunidade, de baixar o erro, temos um ambiente altamente realista, completamente realista, com

situações que nos acontecem no dia a dia, e eu treino ali e preparo-me, predisponho-me de uma forma diferente para quando vou para a prática e, sobretudo, também, de autoconhecimento, é dramático o primeiro estágio com os estudantes e o primeiro impacto, estamos a falar de miúdos com 18 anos. E de modo que é uma ferramenta pedagógica, extraordinária neste sentido, era como eu estava a dizer, me ajudar também a autoconhecer, como é que eu reajo nas situações de stresse, quais são os principais sentimentos, bloqueio-me, não bloqueio, porque é que eu estou a sentir raiva. Eu costumo explorar muito com eles não só os sentimentos negativos. E os positivos? A alegria, o amor que (pausa) alguns deles expressam que sentiram uma alegria, um amor de poder ajudar, uma satisfação, mas se não vamos buscar isso também ficam só pela negativa, que é uma tendência tremenda.

Investigador principal: Dentro da simulação, podemos usar várias bases teóricas. Que modelos é que costuma utilizar na simulação, e que outros podem ser utilizados, na sua opinião?

PUE E: Assim, nós quando vamos para um centro de simulação, do ponto de vista do modelo teórico, a teórica que utilizamos é a Roper, do ponto de vista teórica de modelos de enfermagem.

Investigador principal: E modelos de simulação? Fale-me em algum modelo de simulação clínica, teoricamente.

PUE E: Não sei se estou a perceber.

Investigador principal: Se abordam a simulação clínica numa base teórica, numa descrição inserida num modelo teórico.

PUE E: Assim, de uma forma sistematizada, não, mas o que é que acontece? Acontece é que, por exemplo, nem (pausa) antes da ida ao centro simulação, há uma introdução ao centro de simulação, o que é que se pretende, o que é que é, a importância desta integração do centro de simulação no próprio processo de aprendizagem.

Investigador principal: Há quem fale nessa fase inicial como um prebriefing, que inclui conhecer as instalações.

PUE E: Sim, isso fazemos sempre.

Investigador principal: Qual é a sua opinião sobre esta fase?

PUE E: É fundamental, porque atenua a própria ansiedade. O que temos feito ultimamente, atendendo ao tempo que nos ocupa lá, faz-se esse prebriefing, podemos dizer, falando aqui em concreto, essa é uma pequeníssima introdução à importância da simulação, e depois uma visita guiada pelas instalações, pelos espaços, a equipa que eu constituo, quem são, quem não são, quais são os objetivos, como é que nasceu, etc. No dia lá (pausa) e eles têm o desenho, têm a planta do centro de simulação, sabem por onde é que entram, o que é que acontece, quais são os espaços e tudo mais. No dia, às vezes faz-se assim, uma visita muito rápida só para eles constatarem, mas como nós temos várias salas a funcionar em simultâneo, eles ficam nessa numa salinha à espera, e cada um dos docentes vai buscá-lo, faz o percurso com ele e vai orientando, "aqui é isto, aqui é aquilo outro", para eles sentirem ali a integração dentro do centro, e numa maneira geral ficam fascinados. Agora, fazemos (pausa) na primeira ida ao centro de simulação, atenção, quando vamos pela segunda vez, porque eles recebem um guião, orientador e estruturador, quando vamos à segunda vez (pausa) ah, e nesse guião eles sabem em concreto para o que é que vão, eles sabem que têm um modelo, têm uma situação, pode ser a situação X, e sabem objetivamente o que é que é esperado, se é para avaliar os sinais vitais, se é para colher dados só sobre esta atividade devida, que não é tudo a molho, porque senão (pausa) aliás, as recomendações para a simulação são estas mesmo, ou seja, bem dirigida e bem orientada. Eu não sei se era isto que interessava. Não, eles sabem, por exemplo, esta primeira ida ao centro de simulação, fizemos essa introdução e depois eles receberam um guião e tinham dois casos, um caso de um doente com AVC e um caso de um doente com asma, e sabiam em concreto quais eram os objetivos para cada um. Por exemplo, para o doente com AVC, o objetivo seria fazer uma colheita de dados, tendo em atenção única e exclusivamente a atividade de vida, comer e beber, eliminar e mover-se, que são três grandes áreas atingidas pelo AVC, portanto, eles sabiam isto clarinho. Para o outro doente respiratório, ambiente seguro, eu nem sequer me lembro mais. A próxima vez que vão ao centro de simulação vai ser um bocadinho diferente, eles têm uma introdução teórica ao caso. A próxima vez que vamos ao centro de simulação vai ser com o doente com o doente com AVC, também, e um doente submetido à gastrectomia, e então eles vão ter uma aula teórica, hora e meia, de conteúdo teórico da abordagem do doente com AVC isquémico, onde vamos explorar uma série de aspetos teóricos que os ajuda a meterem-se no caso. A primeira ida ao centro de simulação é ali o primeiro impacto, facilitamos, vamos apenas ali para a apreciação inicial, ficamos ali,

portanto, a segunda ida é diferente, e eles sabem em concreto. Nos objetivos, por exemplo, no doente com AVC, sabem que o objetivo em concreto é o posicionamento dos doentes, é por aí que tem que se focar. Tudo o que vier a seguir é ganho, mas o foco é esse. Ou a avaliação neurológica, por exemplo, não é tudo ao molho, porque não tem tempo para isso. Ou pode ser, por exemplo, no doente submetido à gastrectomia, pode ser única e exclusivamente avaliar a dor e administrar analgésico, mais nada, pode ser só isto, é uma banca. Portanto, há um enquadramento teórico neste sentido.

Investigador principal: Ok. Hoje cada vez fala-se mais em colocar o estudante como centro da aprendizagem, qual é a sua opinião sobre, na questão da simulação, incluir os estudantes em todas as fases do projeto de simulação? O que poderá, por exemplo, constituir a fase de preparação do caso, por exemplo? Incluí-la em todas essas fases, o que é que acha dessa sugestão?

PUE E: Quer dizer, é que eu já vejo assim, eu não vejo de outra forma que o estudante não esteja incluído, não seja o centro da aprendizagem. Porque é que é o centro de aprendizagem? Porque todo o pré-debriefing que eu faço é em função dele e das necessidades que tem. Não conhece, não sabe, então toca de lhe preparar aqui um debriefing onde lhe possa facilitar a integração. É que tenho isto muito claro, para mim ele está no centro da aprendizagem, não sou eu. Eu não preparo aquele debriefing comigo no centro, está preparado atendendo à sua inexperiência, à sua primeira ida lá, e por isso esse enquadramento para lhe facilitar. Não estou a ver que ele (pausa) quer dizer, na minha concessão ele é o centro da aprendizagem, e eu proponho-lhe essa viagem, mas obviamente, quando eu estou a propor essa viagem, não tenho por intenção debitar simplesmente, deixo ali um espaço para ele ver o que quer saber mais. E ao longo, portanto, nesta fase pré, na fase pós, na fase intra do concreto, ele é o centro, porque eu vou atrás do desempenho dele, e vou orientando o desempenho, 'Mas é mesmo isso que quer? Ajuda à reflexão?'.

Investigador principal: Ajuda à reflexão, no fundo, sim.

PUE E: Mas aí o que é que faz o segmento? No debriefing, nunca saio do debriefing sem lhe pedir um compromisso. "O que é que você, aqui, se compromete a melhorar para a frente? Um aspeto. Mas é ele, não sou eu. Ele identifica, habitualmente, o que está menos bem, eles identificam com facilidade e têm dificuldade de identificar o que está bem, então voltando (pausa) porque eu os tenho no centro, aponto o que está bem, e depois digo, "Muito

bem. Então, agora, comprometa-se aqui comigo e com todos qual é o aspeto que quer dar atenção para a frente, para melhorar". Isto é ter o estudante (pausa) eu não vejo outra forma senão ter o estudante no centro, que é ele que se compromete, não sou eu que lhe digo que tem que melhorar aqui, aqui e acolá, não. Ele é que através do seu raciocínio e da sua análise crítica diz, "bom, eu comprometo-me a melhorar a avaliação dos sinais vitais, e eu escrevo, eu tomo nota". Seu compromisso está aqui, à frente de todos, mas é ele, nem sequer (pausa) não são os colegas, é ele. Se eventualmente ele está com alguma dificuldade, eu peço aos colegas que ajudem com alguma dica.

Investigador principal: Já falou um pouco também sobre isso, mas a questão que eu pedia (pausa) se falasse um pouco, qual é a sua opinião sobre o briefing? Aquela fase inicial onde se apresenta o caso ao estudante, como é que é vivida essa experiência?

PUE E: Como é que é vivida? Nós preparamos um bocadinho de dossier, onde está o caso descrito, e pedimos ao estudante (pausa) ele entra na sala, e eu costumo (pausa) vou dizer o que eu costumo fazer, só posso falar sobre o que eu faço. Tenho aqui o processo do doente, você está numa sala de enfermaria, como vê aqui ou está no bloco operatório, foque-se neste doente, estou aqui como facilitadora. O processo de aprendizagem é seu, você vai caminhar, estou como facilitadora. Quando tiver de ficar calada, vou ficar calada, quando entender que posso dar aqui uma achega para fluir o caso vou dar, mas é você que vai (pausa) você ou a equipa que está. E então fornecemos os dados todos necessários para que o caso flua, de uma forma escrita, estruturada. Obviamente que às vezes ficam (pausa) se não tivesse (pausa) se fosse só de boca, sem ter nada estruturado, até nem se torna realista o caso, porque eles quando vão cuidar dos doentes têm algo palpável, ou é no computador, ou é processo digital, ou é em papel, têm algo onde se agarram e onde podem utilizar como ferramenta de apoio, e é fundamental poder fornecer os dados, porque eles tiveram a estudar em casa, eles prepararam-se e aquele é o momento de mobilizar os conhecimentos que adquiriram, a preparação que tiveram. Têm ali o processo, e vão tentar implementar o que lhes é pedido, mas é fundamental ter ali estruturado, para poder fluir. Quer dizer, todos nós preparamos assim.

Investigador principal: Existem vários intervenientes na simulação clínica, o estudante, tem o professor, tem o enfermeiro facilitador. Qual é a sua opinião sobre a característica de cada um deles?

PUE E: Olha, e nós temos uma vantagem muito grande aqui no centro de simulação, que os nossos operadores são enfermeiros, e isto alguns centros no país não são assim, são técnicos, e isto faz toda a diferença. Porquê? Porque têm experiência. A maior parte dos nossos operadores são enfermeiros, que trabalham ou na urgência ou nos intensivos, ou têm experiência pré-hospitalar, portanto, têm uma amplitude. Com todo o respeito, temos muitos colegas também da obstetrícia e tudo, com todo o respeito, por exemplo, há colegas da ortopedia que têm imensa experiência também, porque também se formam, atenção, que eles próprios são formados para estar ali. Mas é uma mais-valia, em todos aspetos, era o que eu estava a dizer, eu não preciso (pausa) eu elaboro um guião ou elaboramos o guião ali com duas ou três perguntas, três orientaçoẽzinhas, para que eles possam interagir, não preciso de estar a dar dicas, porque têm um papel determinante, porque falam para dentro, portanto, eles assumem ali a voz do manequim, certo? E de modo que, por exemplo, sabem que o caso é de um doente com AVC, que está lá descrito, eles têm acesso a isso tudo, e eles simulam ou a voz arrastada, ou se a certa altura o estudante vai dar água, simulam o engasgamento, portanto, é muito real, e nós somos os privilegiados por ter esta cooperação com os enfermeiros, e porque preparamos previamente com eles as coisas, não é na hora, é previamente. O professor tem ali um papel de facilitador também, de rigor técnico, de rigor relacional, de rigor instrumental ou técnico, cognitivo também, que é perceber qual é o raciocínio que está subjacente, e interpelar, mas explique-me porque é que faz isso, ou às vezes deixo fluir para serem eles próprios a chegar à conclusão, ou dar uma dica e respeita a decisão do estudante, eu respeito sempre a decisão do estudante, e depois, no fim, posso ter que dizer, "Você acabou de matar o doente. Conseguiu perceber porquê?". As vezes percebem, outras vezes não percebem. Interrompo o caso, vamos para o debriefing, depende da situação, ou deixo correr, depende. Depende muito de como é que o estudante também está, do ponto de vista emocional. O objetivo da simulação é obter uma experiência positiva, portanto, eu faço questão e os meus colegas também, de nunca deixar sair um estudante (pausa) pode correr pessimamente o cenário, mas de fazer questão de lhe explicar que é para a aprendizagem dele, o que é que tira de positivo dali. E as vezes tenho de me demorar aí, porque as vezes o cenário para eles é tão negro, que tenho que me demorar, mas ele não fez nada de bem, arrancar este aspeto positivo e ruim. "Quer voltar ao centro de simulação?". Quase sempre a última pergunta é essa. "Gostaria de voltar aqui ou não quer saber disto para mais?". "Não, não, eu quero voltar, que a experiência foi dramática, mas foi muito útil para eu ser consciente".

Investigador principal: Uma das figuras que pode se usar, também, na simulação, é a condição do participante simulado, isto é, alguém que faça de familiar ou também de utente. Costuma usar e qual é a sua experiência deste participante?

PUE E: Sim, já tem acontecido. É muita diversão, se quer que eu lhe diga, é de muita diversão. Estou-me a lembrar que, no cenário, por exemplo, pós-operatório, de gastrectomia, eu estava dentro com o estudante, como facilitadora, e de repente saía e dizia, "O cenário vai de continuar ou vocês continuam, não estão sozinhos", saía e voltava a entrar como a neta do (pausa) que eles não estão à espera, entrava como a neta da pessoa e desestabilizava o cenário completamente. Desestabilizava para perceber como é que eles reagem a isso. Eles, na reação imediata, ficam atrapalhadíssimos, e eles às vezes riem de nervosismo ali no início, mas consegue se perceber, com esta intempestividade, consegue se perceber (pausa) e eles, perceber também, como é que reagem, e muitas vezes ou na maioria das vezes diziam-me que o momento mais difícil foi gerir um familiar que entra no cenário, que desestabiliza aquilo tudo, que não sabem muito bem para onde é que se hão de virar. Outro dos aspetos que, habitualmente, nesta etapa inicial, têm muita dificuldade, é trabalhar em equipa, ficam muito atrapalhados, mas tem a ver com o próprio (pausa).

Investigador principal: Falando da autenticidade de se trabalhar em equipa na simulação, como é que funciona?

PUE E: Às vezes estão bem preparados, as vezes não, mas eles são os primeiros identificar que (pausa) eles sabem se vão sozinhos ou se vão em grupo, e as vezes eu dou a dica. Por exemplo, identificamos que há um que é o líder e que quer fazer tudo ao mesmo tempo, ou um outro que está um pouco mais para trás, às vezes dou uma dica e é assim, simplesmente, "Vocês são uma equipa de quatro, organizem-se". Mas nas fases iniciais, na primeira experiência, na primeira passagem, aquilo vai colado com cuspo, e pouco autêntico, vai decorado o papel, porque eles vão muito assustados da primeira vez. A segunda vez, habitualmente, corre sempre melhor, mais organizados, é preciso ver também que a segunda vez eles já tiveram uma primeira experiência concreta de estágio. Só que é muito engraçado, por exemplo, que na relação com (pausa) eles próprios dizem aqui na universidade, para eles é muito difícil de falar com o manequim que não responde, e no centro de simulação é mais fácil, e em contexto de prática clínica mais fácil ainda, ainda que é imprevisível a resposta que um doente vai dar, mas o contacto humano real e concreto atenua imensas coisas, até porque os doentes ajudam imenso os estudantes.

Investigador principal: Já falou algumas questões relacionadas com o debriefing, que é a reunião final. Que resultados é que se pode ganhar ou que se obtém com a experiência, com a simulação clínica em enfermagem?

PUE E: Olha, estou a me lembrar agora, que nós há uns anos até fizemos uns pósteres e apresentamos em congresso, sobre a satisfação dos estudantes com o debriefing, e a satisfação dos estudantes com a simulação, e os resultados foram espantosos. Não tenho presente agora os resultados, mas, do ponto de vista de satisfação, todos (pausa) muitíssimos (pausa) os scores foram elevadíssimos de satisfação, e com o debriefing também. Identificam aí o debriefing como um momento de conscientização do que foi, dos aspetos que tem, que precisam de melhorar, identificam a presença do docente como facilitador, não consigo dar valores concretos, mas os scores são todos (pausa) aproximam-se todos do muito bom (pausa) não é muito bom, porque são escalas validadas que nós utilizamos e variam entre o nada satisfeito até o completamente satisfeito, e os resultados aproximam-se (pausa) estão desviados para o completamente satisfeito, pendem para essa área aí. Do ponto de vista empírico, o que eu percebo neles é que vão satisfeitos, às vezes vão frustrados ou moralizam demasiado, que é o "eu devia ter feito bem", e é preciso desconstruir a história da moralização, ou "eu não consigo", não consegue ainda, mas está em processo de aprendizagem. Há aqui o chamar sempre à realidade, que estão em processo de aprendizagem, portanto, eles são projetos de aprendizagem, não estão fechados. E será assim a vida toda, não consegue ainda, é processo, não é fechado, é um processo em espiral, sempre crescendo, sempre melhorando e isto é preciso estar constantemente com eles, e não é preciso só ser na simulação, é constantemente. Estão em processo, em caminho, não está fechado.

Investigador principal: Como classifica os casos clínicos apresentados para aprendizagem, que eles têm tido?

PUE E: Os casos clínicos que nós utilizamos são casos que estão preparados, não sei o nome da entidade. Os casos foram todos traduzidos, são casos americanos.

Investigador principal: São casos pré validados?

PUE E: Sim, foram todos validados. E que nós traduzimos e tivemos que fazer alguns ajustes, mas são de muito boa qualidade e completamente reais. Acho que são

completamente adequados, temos vários cenários, desde a criança até ao idoso temos variadíssimos cenários.

Investigador principal: Já estamos numa fase final da entrevista, tem aqui um tópico relacionado com a inovação e investigação da simulação clínica em enfermagem, gostaria de perguntar qual é a sua opinião e como é que tem desenvolvido a questão de debater cada vez mais com os estudantes a importância de uma cultura de simulação no ensino de enfermagem e a investigação, também.

PUE E: Há momentos, de certa maneira vou conversando com eles, talvez não de uma forma formal, ou sim, em algum momento, por exemplo, pensar em estágio, há momentos em que voltamos à simulação, eu vou me dando conta da importância que eles me revelam, que me referem da simulação. Do ponto de vista da investigação, é um campo a explorar, um campo tremendo a explorar, em várias dimensões aqui, tem muito para explorar. Aliás, se formos ler alguma coisa de artigos, não tenho me dedicado muito a isso, porque tenho outras coisas em curso, mas há muitas brechas aí para investigar, em relação à simulação, validação de metodologia, que metodologia, validação de cenários, há muito aí para explorar, e acho que é importante, quer dizer, acho que é importante não, acho que é determinante, eu creio que haverá aí pessoas interessadas nessa (pausa) quer dizer, com este próprio estudo já se abre aí.

Investigador principal: Já se abre aqui uma introdução. Bom, terminaria aqui a entrevista perguntando uma última questão relacionada com se tem alguma questão que queira colocar ou algum esclarecimento adicional que queira fazer?

PUE E: Não. Eu quero só deixar aqui (pausa) eu, pessoalmente no ano passado, só a título de curiosidade, nós temos previstas duas idas ao centro de simulação, o ano passado fomos cinco vezes. Uma das aulas que era para ter sido dada aqui nos nossos laboratórios de simulação foi transferida para o centro de simulação, e depois tivemos (pausa) fomos acompanhando os estudantes, e demo-nos conta, por referência dos tutores, que havia algumas áreas onde os estudantes estavam inconsistentes, e preparamos um caso específico para cada estudante, para ir ao centro de simulação.

Investigador principal: Como é que foi essa experiência?

PUE E: Do ponto de vista da docente foi muitíssimo trabalhosa, porque foram 40 casos específicos a pegar nos doentes. No caso dos doentes que eles tinham (pausa).

Investigador principal: Esses casos clínicos foram casos sentidos pelo estudante em si, eles sentiam a necessidade desse caso?

PUE E: Às vezes eles não sentem esta necessidade, não identificam a necessidade, mas têm o tutor que identifica a necessidade. As vezes não expressam a necessidade, mas pelo acompanhamento conseguem perceber, por exemplo, que o estudante não consegue preparar uma ampola do medicamento, e ele vai enrolando ali, alguns têm a capacidade de dizer "estou com dificuldade", outros não têm a capacidade de dizer que "estou com dificuldade".

Investigador principal: E esses que têm essa dificuldade, têm essa facilidade de assumir esta dificuldade, sugerem a simulação clínica para melhorar?

PUE E: Umas vezes sim, outras vezes não, mas estes casos foram a partir da necessidade de sentir, umas vezes por eles, outras vezes pelo tutor, criar um caso concreto de os levar ao centro de simulação. Foram 40 casos, foi uma trabalhadeira, lembro-me que estive aqui um dia até às 6 da manhã para preparar os casos, personalizados, e alguns deles não queriam acreditar que já tinham o doente há duas semanas, por exemplo, e que (pausa) estou a pensar num caso em concreto, tinha o mesmo doente há duas semanas e necessitavam de administrar o medicamento X, e o tutor dizia que já tinha interpelado várias vezes o estudante, para ele falar sobre o medicamento do seu grupo terapêutico, das suas indicações, das suas contra indicações e para preparar o medicamento, e que já o tinha orientado três ou quatro vezes nestas duas semanas para trás, que persistia a dificuldade e que não conseguia perceber (pausa) este estudante, em concreto, não se dava conta que empatava ali, que não andava para a frente. E as vezes, os tutores têm a tendência para colocar alguma água na fervura, e eles precisam de ser confrontados também, para serem conscientes. Levamos o estudante ao centro de simulação com o caso que ele tinha, com o doente que tinha, com o medicamento que tinha e ele esbarrou (pausa) eu estou a pensar num em concreto, e deu-se conta que não sabia, desmoronou em lágrimas. O mais curioso deste rapaz, quando chegamos ao debriefing, ele disse que compreendia perfeitamente e que tinha que ser assim. Em dois dias, ele transformou-se. Foi assim, quase um choque, que não dava para pôr panos quentes, ou é ou é. Não vai com o tutor, que já o orientou, já lhe deu as condições todas, já lhe deu as ampolas para ir para casa treinar e continua na mesma coisa. Vamos ao centro de

simulação com o mesmo caso, em ambiente protegido, e vamos lá ver o que é que acontece. Fomos com 40, identificamos as maiores fragilidades, obviamente que depois dentro das fragilidades, no debriefing, também é para elogiar o que está bem, "está bem isto, mas isto aqui tá periclitante, portanto, como é que você tem há duas semanas este doente e não dá um salto aqui?". Eles dão-se conta que nós não estamos distraídos, que estamos preocupados com a aprendizagem dele, voltamos outra vez à história do estudante no centro da aprendizagem, porque se não tivesse no centro de aprendizagem, eu deixava passar, porque isto a nós dá-nos uma trabalhadeira infernal. Atenção, não é só a nós que dá uma trabalhadeira, porque levar um estudante a um centro de simulação implica uma logística brutal. Sabe que eu costumo dizer aos estudantes que eles estão ali, e não é de forma gratuita, que há enfermeiros ali que foram recrutados, que foram retirados no cuidado aos doentes, há outros que estão a cuidar sim, mas que custa muito dinheiro, então vamos aproveitar ao máximo e, sobretudo, no final, agradecer-lhes a disponibilidade e o contributo para a aprendizagem, eu faço questão de lhes dizer isto. Ser conscientes, que isto custa muito dinheiro, não se pode desperdiçar.

Transcrição da entrevista individual PUE F (duração 36 minutos)

Subcategorias	PUE F
A1 - Género	Feminino
A2 - Idade	45
A3 - Contexto profissional	Professora Ensino Superior
A4 - Residência	Funchal
A5 – Percurso académico	Mestrado

Investigador principal: Agradecer a disponibilidade para a entrevista. Começaria por perguntar como é que descreve, na sua opinião, a simulação clínica em enfermagem?

PUE F: A simulação, na minha opinião, é criar um ambiente o mais realisticamente possível, tendo em conta o cenário que nós pretendemos expor para que o estudante consiga desenvolver, melhorar ou adquirir até mesmo novas competências, relativamente a esse cenário que lhe é proposto.

Investigador principal: Uma das áreas que se usa muito na simulação tem a ver com o uso de simuladores ou manequins. Como é que descreve os simuladores na experiência que tem e a utilidade dos mesmos para a aprendizagem dos estudantes?

PUE F: Primeiro eu acho que termos a oportunidade de poder utilizar manequins de alta fidelidade, como por exemplo existem no nosso centro de simulação, no SESARAM, é extremamente importante, porque esses próprios manequins aproximam-se da nossa realidade, que são os nossos doentes, são quem nós vamos cuidar, e permitem que o estudante tenha uma aproximação da realidade, no sentido em que muitos deles conseguem, através da pessoa que está no bastidor, consegue falar e meter sons, consegue só ver, por exemplo, a entrada do ar nas vias aéreas, consegue, por exemplo, simular uma anisocoria, tudo isso é extremamente importante porque é com isso que eles vão lidar na sua prática clínica, e consequentemente na sua prática profissional. O facto de eles terem a oportunidade de verem in loco antes de uma prática clínica e poderem encontrar todas essas facilidades que o próprio manequim, quanto mais (pausa) se calhar não é o termo mais correto, mas (pausa).

Investigador principal: Realista?

PUE F: Realista, sim. Quanto mais realista é, mais facilmente permite uma aproximação da realidade.

Investigador principal: Considera a simulação clínica um ambiente de aprendizagem inovador? E na sua opinião, porque é que se considera, em caso afirmativo?

PUE F: É assim, considero sim um ambiente de prática inovador, permite identificar ou visualizar as tecnologias não como algo que vai encarcerar o estudante dentro da própria tecnologia em si, mas sim como uma alternativa ou uma forma de ter uma aprendizagem mais realística, mais direcionada para o contexto real, é mais nesse sentido. Não sei se justifiquei tudo.

Investigador principal: Sim. Na sua ótica, como é que vê a simulação clínica que é feita no meio académico, pela sua experiência, e no meio de um laboratório de simulação clínica?

PUE F: É assim, neste momento, acho que nós precisamos de fazer, em relação ao ambiente académico, precisamos de fazer algum upgrade com os nossos manequins, precisamos de rever aqueles manequins que nós lá temos, tal como a tecnologia num curto espaço de tempo torna-se logo obsoleta, e realmente é necessário nos adaptarmos às novas tecnologias, às inovações e tudo aquilo que vai surgindo. Se nós temos um manequim que não nos é possível fazer tudo aquilo que nós pretendemos, no sentido de simular num determinado cenário, claro que temos que inovar. Também existem outras estratégias relativamente à aprendizagem, como por exemplo a encenação, e alinhando o manequim, por exemplo, o docente pode simplesmente substituir o papel do manequim no sentido em que ele pode simultaneamente responder, fazer de doente, portanto, assumir um papel, isto no fundo é aliar a encenação com o cenário de simulação. Claro que em termos de práticas simuladas fora do contexto académico, neste caso no centro de simulação, que é o que eu tenho mais experiência, o ambiente aí é diferente, porque realmente temos manequins com outras possibilidades e outras capacidades que não implica necessariamente que o docente que está responsável por aquele cenário interfira no sentido (pausa) não interferir ou que não assuma o papel, portanto, do manequim, porque temos um colega de bastidor, que além de estar altamente treinado para a utilização daquele tipo de dispositivos, daquele tipo de tecnologia, é um profissional de saúde, acima de tudo, é um enfermeiro e vai de encontro aquilo que se

pretende evidenciar nas práticas clínicas, realmente é extremamente importante, isto não é só para os estudantes enquanto em processo de, portanto, no curso de licenciatura, mas também para os outros estudantes que fazem o seu percurso profissional também, a nível hospitalar e que fazem mestrados e pós-graduações, outros tipos de cursos, acho que é extremamente importante.

Investigador principal: Falou aí da encenação, que outra prática educativa tem como experiência na simulação clínica, para além da encenação?

PUE F: Simulação clínica, portanto, já tive a oportunidade de organizar uma semana de simulação na área de emergência do trauma voltado para a criança. Foi um (pausa) é mesmo isto que tu queres que eu te explique?

Investigador principal: Práticas educativas, tem a encenação?

PUE F: Foi interessante, porque o manequim que nós tínhamos não era, assim, um manequim de tão alta-fidelidade, porque era um manequim pediátrico, e nós tivemos que, portanto, neste cenário, em vez de termos um instrutor, tínhamos dois instrutores e ainda tínhamos o colega que estava de bastidores, portanto, este cenário foi feito para uma equipa multidisciplinar, que envolveu vários personagens de saúde, nomeadamente médicos, enfermeiros e assistentes operacionais. Portanto, foi importante porque além de promover a comunicação e o trabalhar em equipa, depois, em termos de briefing pós cenário, o que é que nós concluímos, portanto, o que é que as pessoas concluíram, que tiveram expostas a esse cenário? Portanto, perceberam a importância do papel de cada um, e que o papel de cada um faz toda a diferença num todo, na comunicação em equipa, e até uma das coisas que é revelada e é dada como exemplo em ambientes de simulação prática, que muitas das vezes até os elementos mais novos ficam um pouco retraídos e têm receio de dar algum exemplo ou de pedir (pausa) não digo chamar a atenção, mas digo alertar para um determinado procedimento que deveria de ser feito numa determinada fase do cenário em que está a decorrer a simulação, e que por alguma razão não o fazem, ou por medo porque o instrutor é uma pessoa altamente diferenciada, ou porque o team leader também é uma pessoa altamente diferenciada, e começam a pensar, "Ah, mas eu vou dizer isto ao médico ou ao team leader", e ficam um bocadinho receosos, mas depois o que é que eles veem, em termos de briefing e discussão do caso? É que chegam à conclusão que o que interessa é o trabalho final, o trabalho em equipa e que se ele tem noção que essa sua intervenção vai marcar a

diferença, ele pode e deve intervir. Portanto, isto no fundo faz com que as pessoas que estão expostas ao cenário tenham uma auto consciencialização da importância do seu papel e da importância, também, do bom funcionamento da equipa, a boa comunicação, portanto, existem vários benefícios, em termos de simulação prática, essencialmente isso.

Investigador principal: Ok. Na sua opinião, em relação aos estudantes de enfermagem, como é que eles estão em termos de preparação para ir para a simulação clínica?

PUE F: Portanto, o que é feito? Neste momento, aqui na escola, é feito sempre também uma preparação no segundo ano, principalmente no segundo ano, é feita uma introdução ao centro de simulação, é explicado como é que é aquela própria estrutura física, o que é que eles vão lá encontrar, que tipo de manequins é que vão encontrar, que profissionais é que trabalham lá, que tipo de cenários é que eles podem encontrar, portanto, eu acho que até é uma boa articulação entre a universidade e entre o próprio centro de simulação clínica. Há, por exemplo, também, a possibilidade de se convidar um colega que trabalha no centro de simulação para partilhar esse tipo de informação. Acho que nós temos as ferramentas todas, nós temos é que depois saber como é que as vamos utilizar, mas realmente isso é feito no segundo ano, acho que sim. Agora, o que eu acho é que nós poderíamos utilizar mais e melhor o centro de simulação, no sentido em que poderíamos ir lá mais vezes, e em alguns conteúdos que são utilizados, em termos de práticas laboratoriais, poderiam ser feitos no centro de simulação, portanto, sei lá, pensar num cenário que se pudesse envolver determinados procedimentos ou determinadas técnicas, por exemplo, a própria (pausa) também acho que se podia privilegiar em termos de cenários, também, a entrevista, a consulta de enfermagem, que eu acho que isso depois também (pausa) porque a verdade é esta, o nosso centro de simulação está muito voltado para a área hospitalar e também esquecemos um pouco os cuidados de saúde primários, mas faz todo o sentido colocar o nosso estudante no papel. Portanto, é importante que ele também possa compreender os vários papéis que podem existir consoante o cenário que tem à frente, e também é importante que ele perceba o que é estar no papel do doente, ou pelo menos que esse doente, que neste caso vai ser o manequim, ele seja o mais realisticamente possível em termos de sintomatologia, de linguagem, para que depois isso também obrigue o nosso estudante a desenvolver uma capacidade crítica, um pensamento crítico muito melhor, mais estruturado, poder compreender a sequência lógica das várias fases do próprio cenário em si, isso é extremamente importante, e só com estas simulações práticas, que são muito visuais,

portanto, a capacidade (pausa) o estudante acaba por ficar muito mais concentrado, porque realmente é um momento em que ele tem que, além de estar concentrado no próprio cenário, portanto, tudo o que existe ali à volta é muito visual. Temos o monitor, que nos dá os sinais vitais, que nos dá os traçados, depois temos o próprio manequim com as expressões faciais, o piscar dos olhos, portanto, são tudo situações, e a resposta verbal também do próprio manequim à intervenção que o estudante faz. Acho que isso é extremamente benéfico para um cenário com estudantes.

Investigador principal: Ok. Fala-se alguns teóricos que a simulação pode ter um modelo de desenvolvimento. Conhece algum modelo que se possa utilizar na simulação clínica em enfermagem, ou se tem como referência algum modelo que se use para a simulação?

PUE F: Sinceramente eu não tenho nenhum modelo em específico, eu não sei de nenhum modelo específico. O que é que nós, portanto, o que é que eu posso dizer? A própria abordagem em si, tento que ela vá de encontro, por exemplo, a abordagem que nós fazemos em contexto hospitalar, o ABCDE. No caso dos estudantes, dependendo do ano, do cenário em que eles estão, se é ou não uma primeira vez que estão a presenciar e a viver esse cenário, é preciso ter atenção que eles às vezes não têm a capacidade. Por exemplo, se eu quiser utilizar o modelo das atividades de vida Nancy Roper, eu tenho que lhes dar alguma pista relativamente a quais são as atividades de vida que vão estar comprometidas naquele cenário, para depois ele poder focar naquela área. Mas eu, como profissional ou como docente, eu não posso exigir ao estudante que ele tenha a mesma capacidade que eu exijo, por exemplo, a um profissional de saúde, quando expunha um cenário destes de simulação clínica. Portanto, eu peço um profissional que trabalha, por exemplo, num serviço de urgência, uma abordagem ABCDE, mas no estudante eu posso utilizar essa abordagem ABCDE, mas tenho na mesma que complementar com a parte teórica, com o enquadramento teórico, com a teórica de referência, que neste caso é a Nancy Roper, que é a que nós utilizamos, e o SESARAM também.

Investigador principal: No fundo, de uma forma geral, que opinião é que tem, então, nesse caso. Já falou um pouco sobre isso, mas retomando um pouco mais, que área que poderá ter a simulação clínica como competências para habilitar estudantes a resolver os problemas e a tornar eles mais capazes de se tornar profissionais competentes a resolver os problemas que vão ter no futuro?

PUE F: Portanto, acima de tudo, na minha opinião, implica colocar o estudante a pensar, a desenvolver um raciocínio crítico, portanto, não é o fazer aquilo por fazer, não é intervir, não é ter um determinado procedimento por fazer, mas sabê-los justificar com o conhecimento teórico e saber também identificar toda a sintomatologia ou todos os alertas que vão acontecendo, porque existem pontos chave em cada cenário, em que o estudante tem que ser capaz de identificar. Portanto, se ele for capaz de identificar essas necessidades que o doente apresenta em contexto e cenário, se ele depois for capaz, se ele consegue identificar e depois consegue estabelecer, fazer um raciocínio crítico, identificar, portanto, "O doente apresenta estes sintomas. Para eu poder resolver isto, eu tenho que necessariamente fazer isto, isto, isto e isto para esta determinada ordem". Isso tem benefícios muito grandes em termos de contexto prático, não só enquanto estudante, mas também num futuro, hoje ajuda o estudante a não dispersar a sua atenção ou não focar a sua atenção em determinados focos que não fazem sentido naquele momento, é concentrá-lo e, depois, criar de certa forma uma estrutura e uma linha de pensamento, em que ele depois acaba por seguir. Quando a gente diz que (pausa) quando estamos em emergência real, vale-nos muito o treino que nós temos em simulação, há quem diga, "Nós ligamos o piloto automático e começamos a trabalhar", não é isso. Portanto, a simulação, como nos foi sensibilizado que para a via aérea, o que é que eu tenho que estar atento, na respiração o que é que eu tenho que estar atento, na parte da circulação, o que é que eu tenho que ver. Portanto, são esses aspetos que eu tenho que analisar, e há situações, aspetos que são prioritários no próprio cenário que eu tenho que resolver, porque se eu não os resolver, o cenário, portanto, quer dizer que se eu não ultrapasso ou se eu não identifico aquela necessidade do doente, o doente vai piorar, e o doente piorando é também uma forma de consciencializar o estudante que está, naquele momento, a viver aquele cenário, que se tivesse intervindo naquela situação, no momento certo, provavelmente o doente, por exemplo, vou dar um exemplo assim, tinha feito uma paragem respiratória, por exemplo, se detetasse a situação e colocasse um oxigénio, o doente não evoluía para uma paragem respiratória, por exemplo.

Investigador principal: Hoje fala-se cada vez mais do paradigma de centrar o estudante no processo de aprendizagem, com um enfoque central. Qual é a sua opinião sobre esta questão da envolvimento do estudante na simulação clínica, principalmente na área da preparação dos casos e na preparação da própria simulação, no chamado projeto de simulação?

PUE F: Sem dúvida acho que o estudante é o personagem principal do seu processo de aprendizagem. Relativamente aos cenários, acho que o docente tem de ter a sensibilidade de estar desperto para as verdadeiras necessidades do estudante e construir um cenário que também vá de encontro à realidade com que ele vai encontrar quando estiver numa prática clínica. Nós não podemos idealizar determinados cenários que não acontecem, agora temos que também ajudar o próprio estudante a construir o seu raciocínio crítico na medida em que nós vamos estar lá para apoiar e para explicar quando ele não atinge, ou quando ele, por exemplo, não identifica as tais (pausa) por exemplo, é aquilo que se diz, não identificar as pérolas, que é um termo muito usado no debriefing. Portanto, a pessoa que está responsável pelo cenário e que está a conduzir o debriefing ajuda a equipa a identificar as pérolas, ou seja, aquela situação em que era suposto intervir e que ninguém interveio ou, por exemplo, sei lá, um determinado estudante estava em contexto cenário e identificou ou disse que era preciso (pausa) isto é um exemplo muito prático, fazer uma determinada coleta de sangue que não foi feita e que não foi identificada perante as pessoas que estavam envolvidas no cenário, isso é extremamente importante, porque são com essas pérolas, que são mesmo (pausa) é o termo técnico utilizado mesmo no debriefing, que nós vamos poder aceder a toda a informação e perceber o que é que falhou ali enquanto equipa e não só enquanto estudante. A construção do pensamento crítico não é só uma (pausa) como é que vou dizer, não faz parte só do processo de aprendizagem dele sozinho, portanto, ajuda-o também a trabalhar em equipa e a comunicar em equipa, acima de tudo a comunicação, a forma de ser e de estar, a forma de se colocar numa determinada simulação, e de poder compreender qual é o papel de cada interveniente nessa simulação e perceber que muitas das vezes o papel não tem que ser um determinado papel estanque, mas que de certa forma esbarra com a esfera do outro papel, no sentido em que a equipa tem que ser coesa, nós não substituímos os outros, mas temos que ser capazes de trabalharmos no sentido de, se falta algum aspeto que não foi lembrado, tem que ser lembrado nesse sentido para haver sucesso, e claro que isso faz tudo parte do processo de aprendizagem do estudante. Eu acho que o professor, ele simplesmente apoia e identifica quais são as necessidades do estudante, e vai de encontro aquilo que ele quer (pausa) portanto, ajuda a esclarecer um bocadinho o caminho. Portanto, ele próprio tem de fazer o caminho, claro, mas o professor, o docente não pode ser uma pessoa com ideias fixas, portanto, também tem de ser permeável às ideias que o próprio estudante também terá, acho que até podem ser muito benéficas em termos de cenário, em termos de contexto de aprendizagem.

Investigador principal: Alguns teóricos falam na importância de haver um prebriefing, uma fase onde o estudante pudesse conhecer o espaço, antes de entrar para a própria simulação e antes do debriefing. Teve oportunidade de desenvolver esta fase nas simulações que exerceu? E se sim, consegue identificar os contributos que foram desta fase?

PUE F: Sim, tive a oportunidade de participar de cenários em que isso foi feito, nomeadamente dei como exemplo, há pouco, no segundo ano em que é feita uma apresentação das próprias instalações, portanto, fala das instalações em termos físicos, portanto, dos recursos humanos, recursos materiais, fala também em específico do manequim, o que é que eles vão encontrar, e é extremamente importante, antes do cenário, de se dar início ao cenário, explicar, por exemplo, naquela sala onde é que eles vão encontrar o material, porque nós sabemos que os cenários, o ideal é que deveriam ser desenvolvidos no próprio local onde o seu estudante está a desenvolver a sua prática clínica, mas sabemos que nem sempre é possível. Quando não é possível, temos que fazer uma breve explicação sobre o que é que eles vão encontrar, que tipo de cenário é que vai ser, e também falar um pouco das capacidades ou daquilo que aquele manequim que eles têm, o que é que eles podem esperar daquele manequim, porque isso, de certa forma, já reduz um pouco a ansiedade do não saber o que é que vão encontrar e prepara-os de certa forma, ou sensibiliza-os para determinados aspetos. Por exemplo, se eu digo a um estudante que naquele monitor vão aparecer os sinais vitais, nomeadamente além dos sinais vitais, vão aparecer as outras curvas da respiração, traçado eletrocardiográfico, eu estou a focar a atenção do estudante para o monitor, vou focar a atenção do estudante relativamente ao manequim, o que é que ele pode esperar do manequim, o que ele pode auscultar, que ele tem que estar atento sempre que o manequim também fala, que o manequim abre os olhos. Portanto, eu depois tenho que sensibilizá-lo para nesta, por exemplo, sobre esta mesa, sobre esta (pausa) nesta área você encontra todo tipo de material que poderá ser necessário para este cenário, não quer dizer que você o tenha que utilizá-lo todo, mas sim, é importante esta (pausa) tem que haver esta preparação, porque se não houver esta preparação, depois o cenário, nós não conseguimos (pausa) como é que eu vou dizer isso, nós estabelecemos um timing para decorrer esse cenário, e nós não conseguimos ir de encontro aquele timing, porque existe um timing para o cenário, para decorrer, e existe um timing próprio para o debriefing.

Investigador principal: Numa fase também seguinte à fase do briefing, onde se apresenta o caso, onde vai se explicar ao participante da forma como é que vai se resolver o caso. Na sua experiência, como é que desenvolve esta fase?

PUE F: Mas o que, pós cenário?

Investigador principal: Antes do cenário, é o briefing.

PUE F: Sim. Tem de ser breve, tem de ser objetivo, tem de ser direccionado para (pausa) claro, isto é, como é óbvio, para o cenário que nós vamos desenvolver, tem que ir de encontro também às necessidades que o estudante apresenta naquele momento ou, por exemplo, ir de encontro àquilo que o estudante vai encontrar naquela prática clínica, para depois (pausa) e vejo isso como um momento necessário para introduzir o cenário, não faz sentido nós não introduzirmos um cenário. Isso é como, por exemplo, o preparar, isto no fundo é (pausa) isto paralelamente, eu consigo fazer uma comparação, por exemplo, com uma situação de emergência, em que eu estou de serviço, no serviço de urgência e recebo um telefonema da EMIR a me dizer que vai chegar um doente tal, com a idade tal, com o peso tal, que foi exposto a uma determinada situação, e vai me dizer aquilo que já foi feito e assim eu, em termos de contexto de sala de emergência, eu consigo planear cuidados e consigo planear a abordagem, e até consigo direccionar os elementos que eu tenho na equipa para fazerem determinados, portanto, para assumirem determinadas posições em termos de contexto de emergência, claro que isso é extremamente importante.

Investigador principal: Uma das áreas que também se fala muito é a questão dos intervenientes na simulação clínica, que são vários. Como é que é a relação, na simulação clínica, entre os vários intervenientes?

PUE F: É assim, tem de haver uma certa relação, não digo uma relação de proximidade, mas pelo menos as pessoas devem de se conhecer umas às outras, porque em termos de comunicação facilita imenso. E claro, tem que ser pessoas que habitualmente já tiveram ou têm algum contacto com a própria simulação, isto é importante em termos de contexto de aprendizagem, não só para os estudantes, mas em termos profissionais. E, claro que tem que haver também uma reunião prévia com essas pessoas, perceber, portanto, quem vai estar no bastidor a colocar, por assim dizer, os sinais vitais ou as alterações que se pede no cenário, também tem que ter noção daquilo que, quem está a orientar o cenário ou quem está a

orientar a simulação, pretende. É basicamente isso, acho que é importante. Não sei se te responde à pergunta.

Investigador principal: Uma das situações que se fala em termos dos intervenientes da simulação é a condição do participante simulado, isto é, alguém que faz de familiar, alguém que faz de outro doente, alguém que faz de outro profissional, ou certamente de alguma visita inesperada ou dentro do cenário. Tem tido experiências de simulação clínica com participantes simulados? E se sim, qual é a mais-valia ou a experiência que é para, no fundo, promover melhor a aprendizagem dos estudantes, com esta condição de participantes simulados?

PUE F: É assim, com os estudantes eu não tenho essa experiência no sentido de entrar alguém no cenário, eu própria é que já fiz de doente num cenário e decidi assumir determinadas reações enquanto, por exemplo, vou dar um exemplo, enquanto um estudante me estava a fazer uma ligadura de contenção num pé, por exemplo. E de sensibilizá-lo às vezes com os meus comentários, com aquilo que eu lhe vou dizendo, para determinados aspetos que ele terá que ter no dia a dia. Por exemplo, sei lá, um doente que recorre a um serviço de urgência por uma entorse num pé, e que se confirma que não tem fratura, mas é preciso fazer uma ligadura de contenção. Mas depois este utente é um adulto independente, por exemplo, que trabalha no campo, na agricultura, que usam determinado sapato e que depois (pausa) portanto, despertar o estudante primeiro, por exemplo, para a higiene daquele membro, a ligadura que ele vai utilizar, que tipo de ligadura, como é que ele vai fazer aquela ligadura, como é que depois ele poderá colocar aquela ligadura no sentido que também facilite a própria independência, ao máximo, a independência que aquele utente vai ter no seu dia a dia, e também sensibilizar esse doente, tendo em conta as características que ele apresenta, o que ele tem, para ele também poder realizar determinadas tarefas, no sentido de evitar que aquela situação ou aquele problema se agrave, pelo contrário, que melhore.

Investigador principal: Depois de desenvolver o caso prático existe uma fase final, que é a fase do chamado debriefing, onde se faz uma reunião, e é feito um balanço das experiências positivas e menos positivas. Como é que descreve essa fase e a importância para a aprendizagem dos estudantes?

PUE F: Em termos de contexto prático para os estudantes, gostava de poder dizer que tive bastante tempo para fazer debriefing, normalmente o debriefing deve de ocorrer em uma

hora, mas é importante termos um tempo para fazer o debriefing. Se calhar não vai de encontro às regras como deverá ser conduzido um debriefing, em que há um espaço para se convidar as pessoas a entrarem na sala, a se sentarem, a pedir a cada um deles que faça o resumo do próprio cenário, a pedir a cada um deles que identifique aspetos positivos e aspetos que poderia melhorar, e aí quem está a conduzir o cenário, ser capaz de identificar as pérolas com os testemunhos das pessoas que estão na sala. Claro que isto implicaria muito mais tempo para se fazer um debriefing em termos de simulação, e nós, cada vez mais, infelizmente, temos turmas de enfermagem maiores e muitas das vezes o facto do tempo está associado também a um grande número de estudantes, mas sim, tentamos manter sempre um tempo em que os estudantes pelo menos verbalizam o que é que (pausa) que contributos é que isso trouxe em termos de aprendizagem, se eles conseguiram identificar as suas maiores dificuldades e o que é que isso instaurará, por exemplo, em termos de benefícios para uma prática clínica, foram algumas questões que nós colocamos, por exemplo, nesta última simulação que fizemos no dia seis de fevereiro (pausa) já não lembro a data (risos) mas sim, mas foi antes do início deste estágio.

Investigador principal: Nesse caso, que resultados é que podem obter os estudantes com a experiência de simulação? Que ganhos é que podem ter os estudantes?

PUE F: Acho que eles vão ter (pausa) foi aquilo que eu já disse, portanto, uma melhor organização em termos de pensamento, de sequência lógica de procedimentos, de poder ser crítica em relação àquilo que se faz no sentido de se melhorar dia a dia e de poder compreender porque é que não se pode passar da fase um para a fase dois sem ter que, primeiro, ter percebido o que é que se faz na fase um, é basicamente isso (risos). Acho que é isso, não sei se já te disse tudo, diz-me.

Investigador principal: Sim. Nesse caso, como é que classifica os casos que foram apresentados, casos clínicos?

PUE F: Os casos clínicos foram de encontro (pausa) foram o mais realistas possível para os estudantes no sentido em que foram adequados aos contextos práticos que eles iam frequentar, e realmente foi envolvida também a equipa do centro de simulação e claro que fizemos um encontro, e depois também outro aspeto que nós tivemos em consideração foi adaptar os cenários também à realidade destes estudantes, por exemplo, não é exigido a um estudante de terceiro ano que vai para um estágio 3, que é o estágio da criança, do

desenvolvimento da saúde da criança e do jovem, esperar que um estudante saiba atuar numa situação de paragem cardiorrespiratória de uma criança. Agora, que ele saiba identificar que aquela criança, por exemplo, quando tem secreções ou quando tem dificuldade respiratória, se ele tem que verificar se não será a primeira via aérea que está comprometida (pausa) nem sei se me estou a fazer entender, mas é basicamente isso.

Investigador principal: Sim. Terminaria uma última questão, mesmo para acabar. Muito se fala hoje em dia sobre a inovação na área da simulação, a investigação na área da simulação. Houve espaço para debater esta cultura de haver mais investigação na área da simulação clínica e de parcerias na perspetiva de obter inovação, de laboratórios de simulação clínica e afins?

PUE F: Mas o que, com os docentes?

Investigador principal: Com os estudantes.

PUE F: Com os estudantes, sim. Foi uma das coisas que eles pediram, era que houvesse mais práticas simuladas e em contexto de centro de simulação com este estágio, manequins de alta-fidelidade.

Investigador principal: E em relação à investigação, houve estudos de investigação?

PUE F: Em relação à investigação é curioso, que eu há duas semanas estive em Lisboa e fiz um curso na universidade também onde estou a fazer o doutoramento, e isso foi uma das questões que foi levantada, que realmente há pouca investigação nessa área e que seria interessante poder perceber (pausa) ir um bocadinho de encontro ao que tu estás a fazer, mas também perceber o que é que os estudantes (pausa) que ganhos é que os estudantes têm nestas práticas de simulação, através do discurso que eles depois verbalizam no debriefing ou, portanto, na parte final.

Investigador principal: Muito bem. Deixaria só um último bloco de notas, só para deixar aqui um espaço onde se houver alguma questão que queira depois colocar ou algum esclarecimento adicional que queira fazer?

PUE F: Não. Acho que não tenho mais, penso que foi de encontro (pausa) eu não sei se foi de encontro ao que tu querias, mas acho que está respondido.

Investigador principal: Bem, terminaria então a entrevista, agradecendo.

Apêndice 5 | Análise de conteúdo das entrevistas individuais dos professores

Apêndice 5 - Análise do conteúdo das entrevistas individuais dos professores

Categorias	Subcategorias	PUE A	PUE B	PUE C
A - Caracterização do entrevistado	A1 - Género	Feminino	Feminino	Feminino
	A2 - Idade	44	65	62
	A3 - Contexto profissional	Professora Ensino Superior	Professora Ensino Superior	Professora Ensino Superior
	A4 - Residência	Canico	Funchal	Funchal
	A5 – Percurso académico	Doutoramento	Mestrado	Mestrado

Análise do conteúdo das entrevistas individuais dos professores

Categorias	Subcategorias	PUE D	PUE E	PUE F
A - Caracterização do entrevistado	A1 - Género	Feminino	Feminino	Feminino
	A2 - Idade	62	58	45
	A3 - Contexto profissional	Professora Ensino Superior	Professora Ensino Superior	Professora Ensino Superior
	A4 - Residência	Funchal	Funchal	Funchal
	A5 – Percurso académico	Doutoramento	Mestrado	Mestrado

B - CATEGORIA – Caraterização da SCeE

B1 - Subcategoria – conceito da SCeE

PUE A	PUE B	PUE C
<i>“A SCeE é uma <u>mais-valia no ensino e na aprendizagem dos estudantes</u>, porque aproxima muito <u>da prática tornando-os quase reais e permite o aluno experienciar situações, quase em tempo real</u> (...)”.</i>	<i>“(…) <u>é o colmatar do auge do pensamento do próprio aluno e depois da demonstração e a junção da prática com a teoria que ele tem</u>”.</i>	<i>“É <u>rentabilizar recursos e possibilitar que os nossos estudantes possam complementar de uma forma que é necessária e, neste momento, eu acho que é imprescindível, a simulação clínica, preferencialmente de alta-fidelidade, (...) a segurança dos profissionais na sua autoestima, porque quando estão mais bem preparados, certamente sentem-se mais confiantes naquilo que fazem e mais satisfeitos com o seu desempenho</u>”.</i>

B1 - Subcategoria – conceito da SCeE

PUE D	PUE E	PUE F
<i>(...) “<u>encaro como uma forma de educação e desenvolvimento do estudante relativamente aos cuidados de enfermagem</u>” (...) “ambiente mais ou menos adequado e dentro do padrão do ambiente real”.</i> <i>(...) “o estudante consegue <u>desenvolver algumas práticas já obtidas na parte teórica, consegue transferir para a prática</u>”.</i>	<i>(...) “<u>uma técnica pedagógica, uma experiência pedagógica, mas é mais uma ferramenta pedagógica, (...)</u>”.</i> <i>“<u>ferramenta pedagógica extraordinária porque cria um cenário muito realista e muito interativo</u>”.</i>	<i>“A SCeE, na minha opinião, é criar um ambiente o mais realisticamente possível, tendo em conta o cenário que nós pretendemos expor para <u>que o estudante consiga desenvolver, melhorar ou adquirir até mesmo novas competências, relativamente a esse cenário que lhe é proposto</u>”.</i>

B2 - Subcategoria - Ambiente da SCeE

PUE A	PUE B	PUE C
(...) “por trás dos simuladores tem de estar também <u>um profissional capacitado para colaborar ali na simulação</u>, porque se não estiver, o manequim também não vai dar a resposta que nós pretendemos”. “<u>Ambiente controlado para promover experiências de aprendizagem</u>”.	“A minha experiência o <u>espaço é maravilhoso</u>, nunca tive problema nem com os próprios colegas, portanto, em termos dos <u>recursos humanos, sempre foram extremamente colaboradores, todos eles, e além disso dinamizam e empenham-se até a dar uma achega</u>, o que é que se pode fazer no objetivo que nós queremos que aluno também interiorize”.	“Aquilo que eu conheço da teoria e da prática, existem os <u>ambientes menos controlados e os mais controlados</u>”

B2 - Subcategoria - Ambiente da SCeE

PUE D	PUE E	PUE F
<i>“Mas cria ali, de facto, <u>um ambiente protegido</u>, (...). Tem outras técnicas pedagógicas, e pela experiência que tenho de acompanhamento, tem ali <u>uma atmosfera altamente protegida, onde podem treinar, onde podem identificar as suas dificuldades, mas um ambiente altamente protegido e realista, que lhes amortiza a experiência</u>”.</i>	<i>(...) “também acho que se <u>podia privilegiar em termos de cenários, também, a entrevista, a consulta de enfermagem</u>, que eu acho que isso depois também (pausa) porque a verdade é esta, o nosso <u>CSC está muito voltado para a área hospitalar</u>”</i> <i>Temos o monitor, que nos dá os sinais vitais, que nos dá os traçados, depois temos o próprio manequim com as expressões faciais, o piscar dos olhos, portanto, são tudo situações, e a resposta verbal também do próprio manequim à intervenção que o estudante faz. <u>Acho que isso é extremamente benéfico para um cenário com estudantes</u></i>	<i>(...) “às vezes, a reação do estudante perante o real de um doente, na primeira vez ou <u>no primeiro contacto que tem com um procedimento, pode ser uma reação que não é benéfica para o doente, e em termos do simulador, o estudante consegue transferir isso, pode apresentar várias reações, desde o chorar ou ficar stressado, que não vai prejudicar ninguém</u>. Se for com uma pessoa esta reação do estudante, já é complicado (...)”.</i>

B3 – Características dos simuladores na SCeE

PUE A	PUE B	PUE C
<i><u>“(…) permite que o estudante avalie determinadas manifestações, sinais e sinais vitais e eu acho que os simuladores acabam por ser uma mais-valia também nesse sentido”.</u></i> <i><u>“(…) “num manequim no CSC, podemos programar determinadas respostas e parâmetros vitais, em relação ao manequim a académico, não conseguimos fazer”.</u></i>	<i><u>“(…) “o facto do manequim, que até nem é muito sofisticado, mas chora, faz um gemido, o que é que isso induz? Induz nas pessoas uma sensação de ver o que é que se está a passar e o próprio aluno sem querer demonstra isso”.</u></i> <i><u>“(…) “no fundo ter a tecnologia suficiente para demonstrar algumas reações do ser humano, eu acho que isso é extraordinariamente benéfico”.</u></i> <i><u>“(…) “os simuladores que lá existem e os simuladores que são de alta-fidelidade, eu não conheço melhor, aquilo é muito bom.”</u></i>	<i><u>“Do conhecimento da experiência, acho que a SCeE uma estratégia pedagógica e é também uma ferramenta didática para levar o estudante a construir a competência em ambientes controlados, seguros (…).”</u></i>

B3 – Características dos simuladores na SCeE

PUE D	PUE E	PUE F
(...) “<u>o estudante fica com a sensação, ao menos é o que eles verbalizam, que estão a trabalhar com o doente e, portanto, o simulador que respira, que fala, que tem uma pressão arterial, tem uma frequência cardíaca, portanto, leva que o estudante desenvolva o seu raciocínio e o seu pensamento crítico em relação aos cuidados</u>”. (...) “<u>o simulador ajuda a que o estudante pense mesmo que está perante um doente e que, em princípio, não vai prejudicar ninguém</u>”.	(...) “obviamente que os simuladores de alta-fidelidade, quer dizer, dão uma resposta em tempo útil, o estudante teve uma intervenção que não foi adequada, o manequim é controlado pelo operador, o operador percebe que a intervenção não foi adequada, e o manequim responde em função da (pausa) eles têm esta percepção”. “<u>Imaginemos, administrar uma terapêutica, a terapêutica que não foi preparada adequadamente dá a possibilidade, por exemplo, de o operador fazer a gestão e pôr o doente à morte, o manequim à morte, e eles têm esta percepção e este impacto, e é muito impactante</u>”.	(...) “<u>é extremamente importante, porque esses próprios simuladores aproximam-se da nossa realidade</u> (...)”. (...) “através da pessoa que está nos bastidores, conseguem falar e meter sons, conseguem só ver, por exemplo, <u>a entrada do ar nas vias aéreas, conseguem, por exemplo, simular uma anisocoria, tudo isso é extremamente importante porque é com isso que eles vão lidar na sua prática clínica, e consequentemente na sua prática profissional</u>”

B4 - Aprendizagem desenvolvida no ambiente de SCeE

PUE A	PUE B	PUE C
(...) “por trás de um manequim tem de estar um profissional de saúde capacitado para <u>dar resposta às necessidades que o estudante também vai sentindo, e ir estimulando cada vez mais, e até criando algum grau de dificuldade para que o próprio estudante possa realmente encontrar as respostas adequadas</u>”. “(...) treino e ganhar alguma destreza”. (...) “faz com que ele vá mais preparado para a sua prática”.	“Via perfeitamente de uma reação genuína, se as pessoas, por exemplo, vão ao banco de urgência a mãe e o filho, e se a pessoa está muito só apenas ligada à parte, <u>o que é que se vai fazer à criança?</u>” (...) “<u>ir ao CSC com outras vertentes, até numa própria comunicação e gerir a comunicação,</u> porque não fazer as autoscopias eventualmente em toda a dinâmica daquilo que não é hospitalar, mas sim de centro de saúde, eu acho maravilhoso as experiências de aprendizagens desenvolvidas.”	“Por outro lado, <u>desenvolve também no conjunto competências e possibilita mobilizar e integrar as cognitivas, em situações reais, desafiadoras, preparar também para o futuro, para situações que poderão não encontrar na sua prática clínica assistencial</u> (...) preparar e <u>capacitar os futuros profissionais</u> para esses desafios e analisar a parte relacional humana, complementando com os aspetos éticos, do respeito pela pessoa, pelas crenças e a alta-fidelidade”.

B4 - Aprendizagem desenvolvida no ambiente de SCeE

PUE D	PUE E	PUE F
<i>“(…) <u>o estudante desenvolve muito mais a sua aprendizagem e caminha muito mais rápido, e também a nível do professor é um ambiente mais facilitador, do meu trabalho</u>”.</i> <i>“Talvez aqui, nós professores, devíamos ter outro cuidado, preparar, ensinar e explicar ao estudante que aquilo é um momento em que ele vai demonstrar o seu conhecimento perante o professor, <u>vai ter uma avaliação, que é uma avaliação para o professor e também para ele</u>”.</i>	<i>(…) “mas a experiência pode ser relacional, pode ser instrumental, pode ser o que nós quisermos, <u>dá-nos essa oportunidade</u>”.</i> <i>“<u>Eu posso ter um cenário onde eu quero única e simplesmente que o estudante treine e exercite a relação com a pessoa</u>”.</i> <i>“(…) é muito real, e nós somos os privilegiados por ter esta cooperação com os enfermeiros, e porque preparamos previamente com eles as coisas, não é na hora, é previamente”.</i>	<i>(…) “precisamos de fazer algum upgrade com os nossos simuladores, <u>precisamos de rever aqueles simuladores que nós lá temos</u>”</i> <i>(…) “é importante que ele também possa <u>compreender os vários papéis que podem existir consoante o cenário que tem à frente, e também é importante que ele perceba o que é estar no papel do doente, ou pelo menos que esse doente seja o mais realisticamente possível em termos de sintomatologia, de linguagem, para que depois isso também obrigue o nosso <u>estudante a desenvolver uma capacidade crítica, um pensamento crítico muito melhor, mais estruturado, poder compreender a sequência lógica das várias fases do próprio cenário em si</u>”.</u></i>

B5 - SScE transformadora do conhecimento

PUE A	PUE B	PUE C
(...) “o manequim agora está com dificuldade respiratória, mas o que é que eu faço agora? <u>O traçado cardíaco já se alterou, e isto pressupõe que o aluno tenha uma preparação prévia para poder dar resposta e isto, claro, tem de ter uma fundamentação ali teórica, uma preparação teórica, senão não consegue dar resposta</u>”.	(...) “não se faz tanta prática quanto nós gostaríamos que se fizesse, às vezes não tenho bem a certeza se eles têm isso integrados”. (...) “<u>quando acaba dizem sempre, ah, isto devia de ser mais vezes, como eu disse no início, portanto, eles querem que isso aconteça</u>”.	“E, <u>há uns anos para cá, temos também o recurso simulação clínica de alta-fidelidade, que essa sim, consegue-se controlar melhor o meio, simular o meio assistencial, ou seja hospitalar, ou seja também na casa do cliente, e com respostas dos clientes (risos), podem ser o indivíduo, pode ter família, às vezes utilizamos também e complementamos com atores, que é o professor, de uma forma geral, ou professores que intervêm de uma forma inesperada, com reações dos diferentes tipos de clientes</u>”.

B5 - SScE transformadora do conhecimento

PUE D	PUE E	PUE F
“(...) que eu falhe, eu vou falhar num manequim, não vou falhar numa pessoa, que pode ser grave e até fatal (...)”.	“(...) <u>não há nenhum robô que substitua a genuína relação humana, o toque, a conversa, ainda que seja possível introduzir todos os logaritmos e mais alguns</u> (...)”.	“(...) faz com que as pessoas que estão expostas ao cenário tenham uma auto consciencialização da importância do seu papel e da importância, também, do bom funcionamento da equipa, a boa comunicação, portanto, existem vários benefícios, em termos de SScE” “(...) poderíamos ir lá mais vezes, e em alguns conteúdos que são utilizados, em termos de práticas laboratoriais, poderiam ser feitos no CSC, portanto, sei lá, pensar num cenário que se pudesse envolver determinados procedimentos ou determinadas técnicas”

B6 - Subcategoria - Inovação no ambiente de aprendizagem na SCeE

PUE A	PUE B	PUE C
(...) <u>“é inovador no sentido que abarca aqui tecnologia que não é tão frequente ou não tem sido tão frequente até algum tempo, num ensino-aprendizagem”</u> .	<u>“Neste momento eu acho que até já não deveria de ser o termo <u>inovador</u>, era uma coisa que já devia de estar completamente integrado no ensino e pronto”</u> .	<u>“Sim, na medida do possível é inovador. Poderá ser mais inovador”</u> . (...) <u>“transforma os processos de aprendizagem e os resultados, as competências, e as mais-valias para o conhecimento do estudante”</u> . <u>“(…) ele é transformador quer nos processos pedagógicos”</u> .

B6 - Subcategoria - Inovação no ambiente de aprendizagem na SCeE

PUE D	PUE E	PUE F
<u>“(…) acho que os estudantes têm um papel ativo na sua aprendizagem e por isso eles têm que ser incluídos no processo da SCeE (…) seria uma mais-valia eles participarem no planeamento”</u> .	<u>“Sim, tende à inovação, porque os upgrades dos simuladores vão sendo atualizados também, e o facto de criarem a possibilidade de se utilizar qualquer cenário, até um cenário de catástrofe, é possível utilizar. É uma ferramenta, se quisermos dizer que é inovadora, eu não sei se é assim tão inovadora”</u> .	<u>(…) “considero sim um ambiente de prática inovador, permite identificar ou visualizar as tecnologias não como algo que vai encarcerar o estudante dentro da própria tecnologia em si, mas sim como uma alternativa ou uma forma de ter uma aprendizagem mais realística, mais direcionada para o contexto real”</u> <u>“Sem dúvida acho que o estudante é o personagem principal do seu processo de aprendizagem”</u> .

B7 - Subcategoria parcerias das estruturas acadêmicas com a comunidade de profissionais da SCeE

PUE A	PUE B	PUE C
CSC.	CSC.	CSC

B7 - Subcategoria parcerias das estruturas acadêmicas com a comunidade de profissionais da SCeE

PUE D	PUE E	PUE F
CSC	CSC.	---

B8 - Subcategoria práticas educativas desenvolvidas na SCeE

PUE A	PUE B	PUE C
(...) “ <u>a ponte entre o modelo teórico e a prática em simulação</u> ”.	“Não é tão ciente, mas tão conhecedores do que é que nós podemos fazer com os centros de simulação”.	“Utilizamos o recurso, também, <u>as dramatizações</u>, portanto, que é <u>uma forma de cenário e utilizamos a formação também por pares nessas dramatizações</u>, em que eles são atores, as vezes de <u>casos construídos pelos próprios estudantes</u> com orientação dos professores ou casos oferecidos pelos professores (...)”. “E a <u>autocópia também se utiliza</u>, gravando, mais nas consultas de enfermagem, em que <u>se permite que o estudante visualize também o seu comportamento e analise alguns aspetos</u>”.

B8 - Subcategoria práticas educativas desenvolvidas na SCeE

PUE D	PUE E	PUE F
—	(...) “uma geração <u>altamente digital</u> , de modo que eles se entusiasmem por entrar num cenário de <u>alta tecnologia</u> , porque isto atrai a geração, de poder interagir com base num caso real, que é preparado”. “(...) introduzindo novas ferramentas, vamos potenciando toda a parte digital”.	“ <u>Encenação de casos clínicos</u> ”.

B9 - Subcategoria Educação transformadora da SScE

PUE A	PUE B	PUE C
(...) “<u>complemento à formação teórica</u>”. “(...) o <u>caso clínico para simulação no meu ponto de vista só faz sentido se adequar realmente o que se vai encontrar na prática, senão de outra forma, não estamos a promover ali a aprendizagem</u>”.	(...) “<u>uma das coisas também mal é ir só para o centro de simulação quando é para avaliar</u>”. “Mais participação do estudante. acho muito bem e além disso que o professor <u>que se prepare porque vêm opiniões tão válidas e tão espetaculares que nós devíamos de fazer isso mais vezes</u>”.	(...) “foi também prazeroso falar sobre uma área que é básica na formação e na educação dos estudantes de enfermagem, <u>na medida em que ia falando, ia revendo a forma como estes processos têm se desenvolvido e revendo que, mesmo quando falou de modelos teóricos, eu acho que temos de, enquanto professores, também nos prepararmos e procurarmos preparar para a prática formativa/educativa, explorando as teorias da aprendizagem</u>”.

B9 - Subcategoria Educação transformadora da SScE

PUE D	PUE E	PUE F
(...) “<u>é uma aprendizagem, nós aprendemos muita coisa com os simuladores</u> (...) e se ir a um CSC, que está sempre na beira, que tem sempre os simuladores muito mais avançados e os <u>mais recentes, nós obtemos esse conhecimento</u> (...)”.	(...) “o <u>estudante no centro do processo da SScE</u> (...), se não tem isto muito claro, da exploração com eles em profundidade, do cenário que está à frente, ficamos no superficial e no touch, eu clico e está tudo resolvido. <u>Isto não é assim, em tempo real não é assim</u>”. “As pessoas não se cuidam com um clicar. O digital ajuda-nos, <u>mas o digital não substitui esta dimensão profundamente humana das pessoas, mas ajuda a aligeirar aqui alguns processos</u>”.	“Portanto, são esses aspetos que eu tenho que <u>analisar situações que são prioritários no próprio cenário que eu tenho que resolver, porque se eu não os resolver, não ultrapasso ou não identifico aquela necessidade do doente, o doente vai piorar, e o doente piorando é também uma forma de consciencializar o estudante que está, naquele momento, a viver aquele cenário, que se tivesse intervindo naquela situação, no momento certo, provavelmente o doente não tinha feito uma paragem respiratória</u>”.

C - CATEGORIA - Caraterização da prática da SCeE

C1 - Subcategoria sentimento de apropriação na elaboração do projeto da SCeE

PUE A	PUE B	PUE C
<u>“A construção, eu acho que faria sentido”</u>. <u>“Na construção de um caso clínico, penso que o estudante iria necessitar de orientação da parte do professor, porque sozinho, não iria conseguir fazer”</u>. “Se calhar faria mais sentido, que eles estivessem em <u>todas as etapas</u>”.	<u>“(…) é extremamente importante a opinião do aluno”</u>. <u>“(…) como professora, só tenho que me focar o que é que eu posso fazer para este aluno, para que ele comece a pensar e comece realmente a estudar”</u>. <u>“(…) perfeito que os alunos venham e participem. Poderá ser ou não valorizada, tem de ser sempre, agora pode ser exequível ou não, e explicar o porquê”</u>.	<u>“(…) houve uma situação, um desafio duro, que foi a epidemia, portanto, a pandemia mesmo, em que houve necessidade de controlar os ambientes, os mais seguros possíveis, e os estudantes foram suspensos dos estágios, porque era também importante formar enfermeiros (…)</u> o desafio foi criar ambientes de simulação para eles desenvolverem ao máximo as competências pretendidas”. (…) <u>“os estudantes na medida do possível ficaram satisfeitos com o seu envolvimento e houve grande responsabilização dos estudantes nesse envolvimento”</u>.

C1 - Subcategoria sentimento de apropriação na elaboração do projeto da SCeE

PUE D	PUE E	PUE F
<i>“Vocês têm que perceber que a simulação serve para vocês irem lá ver quais são as vossas fraquezas, para vocês terem um feedback daquilo que sabem e que não sabem”.</i>	<i>“Quer dizer, é que eu já vejo assim, eu não vejo de <u>outra forma que o estudante não esteja incluído, não seja o centro da aprendizagem.</u> (...)”.</i> <i>“ele é o centro, porque eu vou atrás do desempenho dele, e vou orientando o desempenho”.</i>	<i>“(…) <u>acho que o professor tem de ter a sensibilidade de estar desperto para as verdadeiras necessidades do estudante e construir um cenário que também vá de encontro à realidade com que ele vai encontrar quando estiver numa prática clínica</u>”.</i> <i>(...) “<u>temos que também ajudar o próprio estudante a construir o seu raciocínio crítico na medida em que nós vamos estar lá para apoiar e para explicar</u> (...)”.</i> <i>“(…) <u>o professor não pode ser uma pessoa com ideias fixas, portanto, também tem que ser permeável às ideias que o próprio estudante</u> (...)”.</i>

C2 - Subcategoria – modelos de suporte para a SCeE

PUE A	PUE B	PUE C
(...) “mais frequente aqui a nível académico, <u>o modelo da Nancy Roper, por atividades de vida</u>, ao fim e ao cabo é o que acontece ali”. (...) “ponte entre o <u>modelo teórico e a prática de enfermagem</u>”.	“Sim, os modelos de simulação quanto mais sofisticados forem podemos ver como é que o aluno no mural académico está”.	“(...) porque <u>nós não os utilizamos muito?</u>” (...)

C2 - Subcategoria – modelos de suporte para a SCeE

PUE D	PUE E	PUE F
“Eu tenho de ter <u>o modelo, eu tenho de saber o processo de enfermagem</u>, tenho de saber aplicar o processo de enfermagem e cuidar de um doente, que não é um ambiente real, é um ambiente de simulação, mas é aqui que o estudante vai desenvolver o modelo teórico e vai desenvolver o seu conhecimento na área da enfermagem, e como sabe nós seguimos um modelo teórico (...).	“Assim, nós quando vamos para um <u>CSC, do ponto de vista do modelo teórico utilizamos a Roper</u> (...)”.	“Sinceramente eu não tenho nenhum modelo em específico, <u>eu não sei de nenhum modelo específico</u>”.

C3 - Subcategoria contexto de simulação clínica

PUE A	PUE B	PUE C
CSC e laboratório acadêmico.	CSC e laboratório acadêmico.	CSC e laboratório acadêmico.

C3 – Subcategoria contexto de simulação clínica

PUE D	PUE E	PUE F
CSC e laboratório acadêmico	CSC.	CSC.

C4 – Subcategoria preparação da SCeE e *prebriefing*

PUE A	PUE B	PUE C
(...) “da minha experiência, acho que os estudantes se <u>defrontam com algumas dificuldades que não estavam à espera</u>. Pensando dessa forma, provavelmente <u>poderão não estar preparados</u>”. “<u>acho que faria sentido atendendo ao grau de stress e de ansiedade que os estudantes desenvolvem, provavelmente levá-los a conhecer o espaço já preparado, antes deles até iniciarem</u>”	(...) “eu diria a palavra <u>motivados, talvez, preparados eu penso que não</u>”. “Eu acho que é <u>importantíssimo que eles deem sempre as suas opiniões</u>.” “(…) <u>explicaram-nos tudo, para o que é que serve, o que é que era mais usual em determinadas salas onde os simuladores eram um bocadinho mais sofisticados e, portanto</u> (…).	(...) “<u>Informar os estudantes na base daquilo que vai acontecer, para controlar também os aspetos emocionais e cognitivos, para possibilitar o estudante a procurar evidência científica, aprofundar conhecimentos para estar mais contente naquela situação, portanto, e não ser apanhado desprevenido</u> (…) “E nesse prebriefing era discutido com cada estudante o caso, a construção do caso (...) houve situações em que os casos eram partilhados por pares, e <u>complementado às vezes com alguns dados que a própria situação levava que os estudantes trouxessem novos dados</u>”.

C4 – Subcategoria preparação da SCeE e prebriefing

PUE D	PUE E	PUE F
(...) <u>“da primeira vez acho que não, porque quando os estudantes sabem que vão ao centro de simulação clínica, eles entram num stressse (...) ficam super stressados e nervosos”</u>. “É vantajoso. É assim, eu tenho as duas experiências, eu tenho uma experiência do estudante ir para o centro sem ter o prebriefing do centro, e tenho a outra experiência de ele ter o prebriefing... quando ele já conhece o espaço e o ambiente, ele já vai para o caso, desenvolver o seu caso clínico, com outra vontade, quando não conhece o ambiente”.	<u>“É fundamental, porque atenua a própria ansiedade”</u>. (...) <u>“é uma pequeníssima introdução à importância da simulação, e depois uma visita guiada pelas instalações, dando a conhecer a equipa, quem são, quem não são, quais são os objetivos, como é que nasceu, etc.”</u> “No dia, às vezes faz-se assim, uma visita muito rápida (...) para eles sentirem ali a integração dentro do centro, e numa maneira geral ficam fascinados”. “Assim, de <u>uma forma sistematizada, não</u>, mas o que é que acontece? Acontece é que antes da ida ao centro simulação, há uma introdução ao centro de simulação, o que é que se pretende, a importância desta integração do centro de simulação no próprio processo de aprendizagem”.	(...) <u>“é feita uma introdução ao centro de simulação, é explicado como é que é aquela própria estrutura física, o que é que eles vão lá encontrar, que tipo de simuladores é que vão encontrar, que profissionais é que trabalham lá, que tipo de cenários é que eles podem encontrar, portanto, eu acho que até é uma boa articulação entre a universidade e entre o próprio centro de simulação clínica”</u>. “Quando não é possível, temos que fazer uma breve explicação sobre o que é que eles vão encontrar, <u>que tipo de cenário é que vai ser, e também falar um pouco das capacidades que eles podem esperar daquele manequim</u>, porque isso, de certa forma, já reduz <u>um pouco a ansiedade do não saber o que é que vão encontrar e prepara-os de certa forma”</u>.

C5 - Subcategoria fase de *briefing* na SCeE

PUE A	PUE B	PUE C
<i>“Acho que é um momento em que <u>os estudantes ficam apreensivos</u>, acho que aqui a postura do formador que lá está ou do professor é importante de forma que os <u>estudantes possam ler na íntegra o caso</u>, muitas vezes falta ali, não leem na totalidade ou avançam logo, faltam dados porque não olharam bem ao caso e eu acho que aqui o professor tem de ser um auxiliar, nesse sentido”.</i>	<i>“Quando nós estamos a dar um caso, não <u>vamos partir do princípio de que o aluno não sabe</u>, vamos apresentar o caso de uma forma simples e clara e dar tempo ao aluno para interiorizar toda a informação”.</i>	<i>(...) “fase <u>fundamental para a construção</u>, porque será depois até mais significativo, porque <u>ele prepara-se, fundamenta-se, vai com uma intenção de melhorar competências</u>”.</i> <i>“(...) <u>muito construtiva para o estudante, ajuda a se preparar melhor para identificar dados, objetivos e subjetivos e também interpretá-los na simulação o mais real possível</u>”.</i>

C5 - Subcategoria fase de *briefing* na SCeE

PUE D	PUE E	PUE F
<i>“(...) <u>devíamos de disponibilizar mais tempo para o estudante interiorizar</u>, às vezes aqui na simulação é um bocado rápido e o estudante, às vezes, <u>nem tem tempo de assimilar toda a informação que lhe é explicada</u>”.</i>	<i>“Tenho aqui o processo do doente, você está <u>numa sala de enfermaria, como vê aqui ou está no bloco operatório, foque-se neste doente, estou aqui como facilitadora</u>”.</i> <i>“O processo de aprendizagem é seu, você vai caminhar, estou como facilitadora”.</i>	<i>“<u>Tem de ser breve, tem de ser objetivo, tem que ser direcionado para o cenário que nós vamos desenvolver, tem que ir de encontro também das necessidades que o estudante apresenta naquele momento</u> (...) vejo isso como um momento necessário para introduzir o cenário, não faz sentido nós não introduzirmos um cenário”.</i>

C6 - Subcategoria experiência educativa com o participante simulado na SCS

PUE A	PUE B	PUE C
“Não usei ou não lembro”.	<i>“Eu faço sempre”.</i> (...) “<i>criar ali um elo em que seja no fundo um parceiro e não ali o inimigo, e só tem benefícios, teve benefícios porque acalma a criança e teve benefícios porque vai haver ali uma colaboração melhor para que as coisas avancem</i>”. “(...) percebem a dinâmica e conseguem imediatamente perceber, a intervenção à família pessoa significativa (...)”.	(...) “o estranho também será desafiador e <u>prepara melhor para a prática assistencial</u>, e acho que é <u>um recurso que poderíamos efetivamente recorrer</u>”. “Trazer uma pessoa exterior não, mas sei que é utilizado, por exemplo, a <u>avaliação do desenvolvimento da criança</u>”. “Nos adultos e nos idosos <u>não</u>, mas penso que seria também <u>uma forma importante</u>”.

C6 - Subcategoria experiência educativa com o participante simulado na SCS

PUE D	PUE E	PUE F
“Sim. Usamos, por exemplo, da família, <u>uma pessoa faz de familiar</u>” (...9 “e isso para o estudante é ótimo, porque ele sente que está a <u>falar mesmo com uma pessoa e que tem que resolver aquele problema real</u>”.	(...) “<u>ficam atrapalhadíssimos</u>, (...) diziam-me que o momento mais difícil foi gerir um familiar que entra no cenário, que desestabiliza aquilo tudo, que não sabem muito bem para onde é que se têm de virar”.	“É assim, <u>com os estudantes eu não tenho essa experiência</u> no sentido de entrar alguém no cenário, eu própria é que já fiz de doente num cenário e decidi assumir determinadas reações (...)”.

C7 - Subcategoria experiências e vivências na SCeE

PUE A	PUE B	PUE C
<i>“(…) <u>é um momento ali de ensino e aprendizagem em que cria algum grau de ansiedade</u>”.</i> <i>“Da <u>parte do professor, tem de haver aqui alguma sensibilidade para esta área da simulação clínica (…)</u> <u>do enfermeiro mediador, tem de haver uma preparação e uma experiência naquela área em específico</u>”.</i>	<i>“Inicial quando o utente chega ao hospital ou ao centro de saúde, como é que se <u>acolhe o utente, o que é que nós vamos fazer e qual a nossa postura?</u>”</i> <i>“O CSC devia de ser mais usado (…)<u>não fosse preciso aquele impacto de que só vamos ali porque eu vou ser avaliado, eu vou ter uma nota</u>”. “(…) a experiência que eu vivi foi muito boa (…)”</i> <i>“A <u>experiência que eu tenho é maravilhosa, nunca tive problema nem com os próprios colegas (…)</u> dinamizam e empenham-se até a dar uma <u>acheга para que o aluno atinga o objetivo</u>”.</i>	<i>(…) “<u>é uma forma individualizada de perceberem da situação e de si mesmo, portanto, o ambiente externo e o ambiente interno, os processos que utilizaram mentais para a elaboração do plano de cuidado, a forma como</u> <u>intervieram, a forma como comunicaram, quem liderou, quem interveio, o significado também se explora na medida do possível, o significado das experiências e algumas situações</u>”.</i> <i>(…) “<u>as reflexões críticas deram-nos resultados bastante positivos e notou-se que houve uma possibilidade de explorar o raciocínio clínico e de fundamentar todos os processos do desempenho e das diferentes componentes, quer a cognitiva, quer também a afetiva e a outra mais instrumental nas reflexões críticas que foram orientadas para esse sentido</u>”.</i>

C7 - Subcategoria experiências e vivências na SCeE

PUE D	PUE E	PUE F
“Da minha experiência (...) os estudantes sabem que vão ao centro de CSC, eles <u>entram num stress, num conflito tal com eles próprios, que muitos ficam super stressados e nervosos</u>”. (...) “<u>minha experiência muitas vezes o estudante tem momentos que ficam, tipo, assustados</u> (...) em relação a ser um manequim e não ser um doente, porque como nós sabemos, às vezes, a reação do estudante perante o real de um doente é diferente”.	(...) “<u>não há nenhum robô que substitua a genuína relação humana, (...)</u>”. “Quando tiver de ficar calada, vou ficar calada, quando entender que posso dar aqui uma achega para fluir o caso”. “O professor tem ali um <u>papel de facilitador também, de rigor técnico, de rigor relacional, de rigor instrumental ou técnico, cognitivo também, que é perceber qual é o raciocínio que está subjacente, e interpelar, mas explique-me porque é que faz isso, ou às vezes deixo fluir para serem eles próprios a chegar à conclusão, ou dar uma dica e respeita a decisão do estudante, eu respeito sempre a decisão do estudante, e depois, no fim, posso ter de dizer, "Você acabou de matar o doente. Conseguiu perceber porquê?"</u>”. “Por exemplo, para o doente com AVC, o objetivo seria fazer uma colheita de dados, tendo em atenção única e exclusivamente a atividade de vida, comer e beber, eliminar e mover-se, que são três grandes áreas atingidas pelo AVC, portanto, eles sabiam isto clarinho (...)”. “(...) <u>experiência foi dramática, mas foi muito útil para eu ser consciente</u>”.	(...) “<u>na minha opinião, implica colocar o estudante a pensar, a desenvolver um raciocínio crítico, portanto, não é o fazer aquilo por fazer, não é intervir, não é ter um determinado procedimento por fazer, mas <u>sabê-los justificar com o conhecimento teórico e saber também identificar toda a sintomatologia ou todos os alertas que vão acontecendo</u></u> (...)”. (...) “<u>hoje ajuda o estudante a não dispersar a sua atenção ou não focar a sua atenção em determinados focos que não fazem sentido naquele momento, é concentrá-lo e, depois, criar de certa forma uma estrutura e uma linha de pensamento, em que ele depois acaba por seguir</u>”. “A construção do pensamento crítico faz parte só do processo de aprendizagem (...) nessa simulação e perceber que muitas das vezes o papel não tem que ser estanque, mas que de certa forma esbarra com a esfera do outro papel, no sentido em que a equipa tem que ser coesa, nós não substituímos os outros, mas temos que ser capazes de trabalharmos no sentido de, se falta, tem que ser lembrado nesse sentido para haver sucesso, e claro que isso faz tudo parte do processo de aprendizagem do estudante”.

C8 - Subcategoria contributos da fase *debriefing*

PUE A	PUE B	PUE C
<i>“É um <u>momento em que realmente nós refletimos em grupo acerca de como processou toda aquela atividade</u> (...)”. (...) “momento importante para eles também interiorizarem em determinadas situações realmente quais são as prioridades”.</i>	<i>(...) “aí é que há as <u>descargas todas emocionais e para ver o que é que aconteceu</u>”.</i> <i>“E aí é sempre dito, <u>porque é que não se faz mais estas práticas?</u>” (...) “(...) se eu conseguisse agora vir cá mais uma vez ou duas, eu ia sair daqui muito melhor.”</i>	<i>“Acho que é uma <u>fase fundamental</u>”.</i> <i>“(...) <u>é possibilitado ao estudante a percepção de si, o que é que sentiu, quais foram os processos mentais, como é planeou, como é que foi a sua resposta, como é que interpretou a resposta do cliente</u>”.</i> <i>“(...) <u>construírem competências significativas para a prática</u>”.</i>

C8 - Subcategoria contributos da fase *debriefing*

PUE D	PUE E	PUE F
(...) <u>“serve também para nós escutarmos as dificuldades e o que é que correu bem, e o que correu menos bem (...)”</u>. (...) <u>“é a frustração, a falta de estudo, a ansiedade, o medo, a parte de ser um manequim e não ser uma pessoa (...) eles referem muito isso, que não conseguem ter aquela relação como se fosse com uma pessoa”</u>. <u>“(...) stress, ansiedade e medo”</u>.	<u>“O que é que você se compromete a melhorar para a frente? Um aspeto. Mas é ele, não sou eu. Ele identifica, habitualmente o que está menos bem eles identificam com facilidade e têm dificuldade em identificar o que está bem (...). Então, agora, comprometa-se aqui comigo e com todos qual é o aspeto que quer dar atenção para a frente, para melhorar”</u>. <u>“Identificam aí o debriefing como um momento de consciencialização dos aspetos que tem de melhorar, identificam a presença do professor como facilitador”</u>.	<u>“Se calhar não vai de encontro às regras como deverá ser conduzido um debriefing, em que há um espaço para se convidar as pessoas a entrarem na sala (...) identifique aspetos positivos e aspetos que poderia melhorar, e aí quem está a conduzir o cenário, ser capaz de identificar as pérolas com os testemunhos das pessoas que estão na sala”</u>. <u>“Claro que isto implicaria muito mais tempo para se fazer um debriefing em termos de simulação, e nós, cada vez mais, infelizmente, temos turmas de enfermagem maiores e muitas das vezes o facto do tempo está associado também a um grande número de estudantes”</u>. (...) <u>“tentamos manter sempre um tempo em que os estudantes pelo menos verbalizam os contributos para a aprendizagem, se eles conseguiram identificar as suas maiores dificuldades e o que benefícios para uma prática clínica”</u>.

C9 - Subcategoria resultados e ganhos com a SCeE

PUE A	PUE B	PUE C
(...) “<u>ajuda na aprendizagem</u>”. (...) “sentir onde é que tem de aprofundar mais o seu estudo”.	“(...) contributo <u>positivo dessa experiência para o contexto da prática real em estágio</u>”. “(...) sempre um desassossego, mas eu consegui interagir com um homem, era um pai, e os alunos, no banco de urgência, portei-me bem”.	(...) “os resultados são <u>muito positivos</u>”. (...) “<u>traz para a prática, aprendizagem significativa, uma aprendizagem mais segura, resultados mais positivos</u> (...) <u>intervenções nos seus diferentes domínios, quer com o respeito pela integridade física, quer os aspetos humanos da interação, de uma forma melhorada</u>”.

C9 - Subcategoria resultados e ganhos com a SCeE

PUE D	PUE E	PUE F
“<u>Muitos ganhos, e nós professores obtemos muitos ganhos com isso e os alunos também</u>”. (...) “os procedimentos (...) não são treinados na pessoa”. (...) “uma <u>relação de proximidade com o centro de CSC</u> (...)”. “(...) treinar algum procedimento que tenham <u>alguma insegurança</u>”.	“<u>Ali preparamos, ensaiamos, treinamos, ali lidamos com os nossos erros, com as nossas frustrações, aprendemos, identificamos as dificuldades, identificamos as razões de ficarmos frustrados, identificamos os erros, procuramos melhoria para que em contexto real o erro seja mínimo</u> (...)”.	(...) “uma <u>melhor organização em termos de pensamento</u>, de sequência lógica de procedimentos, de poder ser crítica em relação àquilo que se faz no sentido de se melhorar dia a dia e de poder compreender o fenómeno”.

C10 - Subcategoria casos clínicos desenvolvidos na SCeE

PUE A	PUE B	PUE C
(...) “ <u>permite a aprendizagem dos estudantes, são casos que se aproximam da vida real, e que podem encontrar depois num campo de estágio</u> ”.	(...) “ <u>muitas das vezes casos clínicos são superficiais</u> ”.	(...) “ <u>a construção do caso também era discutida com o estudante, ele já fazia às vezes a partir do caso, já concebia algum planeamento e cuidados</u> ”. “Existem cenários que são complexos, mas que é possível depois adequar estes cenários às diferentes etapas, portanto, <u>eles são adequados</u> ”.

C10 - Subcategoria casos clínicos desenvolvidos na SCeE

PUE D	PUE E	PUE F
“ <u>Acho que foram adequados</u> ”. (...) “ <u>nós fazemos um caso só, e aí muitas vezes os estudantes que vão no fim já sabem mais ou menos o que se vai passar</u> ”.	“Os casos clínicos que nós utilizamos são casos que estão preparados (...) são casos americanos”. “Acho que <u>são completamente adequados</u> , temos vários cenários, desde a criança até ao idoso temos variadíssimos cenários”.	“ <u>Os casos clínicos foram de encontro (...) foram o mais realistas possíveis para os estudantes no sentido em que foram adequados aos contextos práticos que eles iam frequentar (...) cenários também à realidade deste estudante</u> ”.

C11 - Subcategoria papel do estudante na SCeE e o seu bem-estar individual e coletivo

PUE A	PUE B	PUE C
<i>“Da parte do estudante tem de haver um <u>interesse e uma abertura para a SCeE</u>, porque se o estudante não estiver aberto ou com uma disponibilidade para aquela atividade não vai correr de acordo com o que é expectável”.</i>	<i>“Eu tenho essa necessidade quando são crianças pequenas de repetir cenários porque <u>muitas das vezes esquecem-se de cuidar também dos outros utentes, que não é o foco, aqui é claro que seria a criança em primeira instância, mas muitas vezes não está nos cuidados emergentes, portanto, para uma situação que mais vale dar atenção aos pais, ver o que é que ali se passa, acalmar, criar ali um elo em que seja no fundo um parceiro</u>”.</i>	<i>“(…) envolver os colegas do <u>CSC, os instrutores, em que têm os casos tipo, mas que nós adequamos ao nível de competências pretendidas</u>”. (...) “ideal até seria uma visita ao centro antes do primeiro dia” (...) “menos constrangido e mais preparado”.</i> <i>(...) “testemunho de alguns estudantes, <u>ele é stressante</u>”.</i> <i>(...) “uma relação próxima aos instrutores (...) <u>ajuda a adequar os casos</u>”.</i>

C11 - Subcategoria papel do estudante na SCeE e o seu bem-estar individual e coletivo

PUE D	PUE E	PUE F
<i>“Acho que o ambiente entre a equipa toda do CSC, para nós professores, os operadores e todo o staff do centro de simulação, o ambiente é bom para o estudante. <u>Mas acho que também os operadores e as pessoas que colaboram connosco tentam se aproximar ao máximo dos estudantes, e gera-se um ambiente saudável para todas as partes</u>”.</i> <i>“(…) os <u>operadores tentam entrar nessa aula e ter uma relação mais próxima com o estudante</u>, que acho que é bastante vantajosa e o estudante consegue relaxar e desenvolver o seu <u>pensamento crítico com mais facilidade</u>”.</i>	<i>“(…) <u>eu não preciso de dizer nada aos operadores, que eles percebem, sabem quais são os objetivos, eles próprios interagem com os estudantes e colaboram na SCeE.</u></i> <i>Portanto, se eu quiser criar um ambiente único e simplesmente de comunicação, comunicação da mãe com o filho, do enfermeiro com a mãe, a comunicação do enfermeiro com um doente em estado crítico, comunicação do enfermeiro com o doente em fase terminal, comunicação do doente com a família, para tudo, no doente em pós-operatório, <u>é o que quisermos</u>”.</i> <i>“(…) <u>os nossos operadores são enfermeiros</u> (…) e isto faz toda a diferença”.</i>	<i>“<u>É assim, tem de haver uma certa relação, não digo uma relação de proximidade, mas pelo menos as pessoas devem de se conhecer umas às outras, porque em termos de comunicação facilita imenso.</u></i> <i>E, claro que tem de haver também uma reunião prévia com essas pessoas que estão nos bastidores a comandar (…) <u>também tem de ter noção daquilo que quem está a orientar o cenário ou quem está a orientar a SCeE pretende</u>”</i>

C12 - Subcategoria planeamento participativo do estudante na SCeE

PUE A	PUE B	PUE C
---	---	(...) <u>“a equipe desafiou os estudantes, portanto, acompanhada por professor, a criar os casos, a construir os casos com fundamento, portanto, através da pesquisa teórica e também das experiências que já tinham os estudantes... acho que foi também inovador nesse sentido”.</u> (...) <u>“os estudantes na medida do possível ficaram satisfeitos com o seu envolvimento e houve grande responsabilização dos estudantes nesse envolvimento”.</u> <u>“Para nós, também, foi gratificante, pelas tecnologias, pelo aprofundamento, a visualização de vídeos, a preparação, trouxeram também conhecimentos novos, na altura, porque tinha um tempo para a pesquisa e para preparar”.</u> Em contexto de pandemia por COVID-19.

C12 - Subcategoria planeamento participativo do estudante na SCeE

PUE D	PUE E	PUE F
<u>“Acho que é uma mais-valia, e nós estamos a falar de cuidados de saúde, estamos a falar de cuidar de pessoas, e se a pessoa já for mais ou menos preparada para uma avaliação, o rendimento do estudante é completamente diferente”.</u>	(...) <u>“eles recebem um guião, orientador e estruturador, quando vamos à segunda vez e nesse guião eles sabem em concreto para o que é que vão, eles sabem que têm um modelo, têm uma situação, pode ser a situação X, e sabem objetivamente o que é que é esperado, se é para avaliar os sinais vitais, se é para colher dados”.</u>	---

C13 - Subcategoria espaços democráticos e cultura da prática simulada

PUE A	PUE B	PUE C
---	(...) “era importante <u>haver estas autoscopias, ou quando se fizesse até o debriefing, também poderia ser, recapitular como é aquilo, porque dizem que a enfermagem é uma parte da comunicação que é extraordinariamente importante</u> ”.	“Sim, tem havido evolução, nota-se que há maior <u>produção científica e a necessidade de controlar estes processos na medida que eles garantem um melhor desempenho e uma maior capacitação</u> ”.

C13 - Subcategoria espaços democráticos e cultura da prática simulada

PUE D	PUE E	PUE F
---	“(…) <u>demo-nos conta, por referência dos tutores, que havia algumas áreas onde os estudantes estavam inconsistentes e preparamos um caso específico para cada estudante, para ir ao centro de simulação</u> ”. “Às vezes eles <u>não sentem esta necessidade, não identificam a necessidade, mas têm o tutor que identifica a necessidade</u> ”.	---

D – Categoria Inovação e investigação na SCeE

D1 - Investigação e parcerias na SCeE

PUE A	PUE B	PUE C
“Sim, já houve um momento em que sim, que se avaliou ali os estudantes, não me lembro muito bem quais eram as escalas, mas procurou-se perceber a influência que tinha esta prática, a mais-valia ali no ensino-aprendizagem, procurou-se também conhecer o feedback do estudante, o grau de satisfação face à SCeE”. “(…) <u>foi divulgado num encontro, no âmbito da partilha de investigação</u>”.	“Já houve, que me entusiasmou muito (...) “até era bom que houvesse algum estudo e também <u>dessem a conhecer o impacto da parte académica e do próprio aluno</u> e quais as competências que ele sai da escola para poder usufruir”.	“(…) <u>tem havido muita investigação e controlo também dos resultados da aprendizagem</u>”. “<u>Ainda se fez alguns estudos, com grandes limitações pela amostra,</u> depois foram condicionados por vários fatores e que se deixou um pouquinho isso de parte, e ainda se produziu algum estudo, avaliação de resultados e divulgação de resultados em artigos científicos, em comunicações em eventos científicos”. “Portanto, a investigação atualmente é um <u>meio essencial para todos os aspetos da melhoria, quer dos processos formativos, quer dos processos assistenciais da prática de cuidados</u>”.

D1 - Investigação e parcerias na SCeE

PUE D	PUE E	PUE F
<i><u>“Vamos aprendendo, eu acho que a investigação ou o desenvolvimento de estudos há muita pouca coisa sobre isso, é uma área que eu também gosto e que já tentei investigar, eu já tive um grupo de estudantes que me fizeram um trabalho sobre a SCeE, acho que é uma área que precisa de muita investigação e de evidência”.</u></i>	<i>(...) “mas há muitas brechas aí para investigar, em relação à simulação, validação de metodologia, validação de cenários, há muito aí para explorar e acho que é importante (...) é determinante”.</i>	<i>(...) “realmente <u>há pouca investigação nessa área</u>”.</i>

Apêndice 6 | Transcrição do *focus group* dos estudantes

Transcrição do *focus group* aos estudantes (duração 60 minutos)

Participantes: FGA; FGB; FGC; FGD; FGE; FGF e FGG

FGA	FGB	FGC	FGD	FGE	FGF	FGG
A1 - Género						
Feminino	Masculino	Masculino	Feminino	Feminino	Masculino	Feminino
A2 - Idade						
26	27	19	21	22	41	39
A3 - Contexto profissional						
Estudante	Trabalhadora-estudante	Estudante	Estudante	Estudante	Trabalhador-estudante	Trabalhador-estudante
A4 - Residência						
Funchal	Funchal	Funchal	Machico	Funchal	Funchal	Funchal
A5 - Habilitações						
12 Ano	12º Ano	12º Ano	12ºAno	12º Ano	Licenciatura	12º Ano

Investigador principal: Obrigado pela vossa participação. Começaria a entrevista por perguntar como descrevem a simulação clínica em enfermagem.

FGA: Portanto, em termos de descrição eu diria que é um momento de bastante pressão para os alunos, às vezes posta assim de repente, sem uma preparação prévia ou um aviso de como é que será o decorrer, e quando chegamos encontramos alguma discrepância sobre o que é que é dito e aquilo que realmente acontece, e sentimos bastante pressionados pela sequência de eventos dentro desse ambiente de simulação.

FGB: É basicamente a mesma opinião, uma pressão muito grande por parte de alguma coisa que a gente não está à espera, porque pensamos que vai ser de uma certa maneira a simulação, mas depois tudo ao contrário, já conta para avaliações e já começamos a ter uma pressão muito alta quanto a isso.

FGC: Portanto, como o aluno nunca teve a experiência clínica, realmente concordo com os outros participantes, nós nunca tivemos aquela preparação, simplesmente disseram, "Vocês têm que saber este, este e este conhecimento", mas em termos de aplicação, na hora, como é que nós temos as reações, o manequim ao me dar as reações todas, é mais difícil, às vezes, nós termos aquela prontidão.

Investigador principal: FGE, quer dizer qualquer coisa?

FGE: Sim. É só pelo cenário, porque nós sentimos já aquela pressão de ser constantemente questionados durante o momento, então já é, tipo, a pressão em si de ter o utente, que é normalmente o boneco, mas estar a falar, estar a se queixar, estar os monitores a apitar, e depois somos constantemente questionados, o que gera mais pressão e, ao fim, ficamos mais nervosos e complica mais.

FGG: O facto de não sabermos muitas vezes o que é que será a prática acaba por nos deixar muito à nora daquilo que vai acontecer e faz com que, quando somos confrontados com as perguntas que o professor vai fazer, ficamos sem saber dar resposta, portanto, não conhecemos os medicamentos, e isso aconteceu e é muito frustrante, porque é como se nós tivéssemos que saber uma coisa que não estávamos preparados para tal, e cria uma grande pressão e começamos a pensar que se tivéssemos com um utente, seria um bocado crítico, porque nós não estávamos preparados para dar essa resposta.

FGF: Bom. Sim, eu concordo com os colegas quando dizem que é um momento de pressão, nós estudamos os casos e vamos para lá, mas nunca sabemos o que é que vai acontecer lá dentro e somos bombardeados, nem temos aquele tempo para pensar. Também o que eu tenho a dizer em relação a isso é que também seria proveitoso termos um feedback daquilo que se passou lá dentro para o nosso próprio aproveitamento escolar, para saber o que é que se passou lá dentro, se tivemos bem, se não tivemos o que é que temos (pausa) e, por exemplo, a experiência que eu tive no centro de simulação clínica, eu não tive um feedback do que se passou dos grupos. Tive a reunião com a professora, mas depois não tivemos (pausa).

FGD: Então, eu concordo com o que foi dito pelos colegas, contudo esse sentir-se perdido também é bom para nós, que assim a gente vê onde é que a gente está a falhar, onde é que temos de apostar mais no estudo, e na prática clínica em si, nós nunca vamos ter, tipo, o guião do que vamos fazer. "Ah, o senhor X, não sei o quê, com estes antecedentes". Não. Com a prática a gente vai apanhar momentos destes, tenho certeza, e temos de ser rápidos a agir.

Investigador principal: Em relação aos ambientes de simulação clínica que são vários, conhecem alguns ambientes de simulação clínica? E em relação aos simuladores que são utilizados, os manequins, qual é a vossa opinião sobre eles?

FGA: Portanto, acerca das manequins, conheço outros centros de simulação, nomeadamente no Porto, na Escola Superior de Enfermagem do Porto, que é um manequim também mais otimizado, portanto, o computador que realmente permite fazer todas as alterações. Em comparação com o manequim que temos cá, realmente, se calhar, havia uma necessidade, também para termos o melhor aproveitamento dessa mesma simulação, que houvesse realmente um investimento e alterações dos bonecos em si, porque há alguns que já não conseguem dar resposta, não transmitem as respostas da sala de controlo, às vezes os próprios monitores não estão a funcionar de acordo e, então, existe também as pessoas que estão lá na organização daquilo que é a parte da simulação, ter que fazer algumas alterações, eles estarem connosco dentro da sala, o que causa também um fator de pressão ainda maior porque temos um enfermeiro responsável na avaliação dentro da sala connosco, e isso realmente poderia ser resolvido caso houvesse uma manutenção para novos manequins ou novos equipamentos, permitissem isso.

FGF: Ora bem, eu em relação a isso, eu tenho a experiência do centro de simulação clínica e também daqui dos laboratórios, e vou ser sincero, a minha experiência lá no centro de simulação clínica, acho que não ganhei nada que não tivesse feito aqui no laboratório. O boneco falar ou não falar, para mim, não me acrescentou grandes coisas. Depois, fiquei foi um bocado a nora lá dentro, porque eu não conhecia o espaço, ou seja, nem sabia o que é que era o monitor que estava (pausa) e uma televisão atrás de mim, ou seja, estava tudo muito sem norte, não conhecia o espaço em si e, portanto, nisso eu acho que este fator externo acabou por interferir na minha aprendizagem lá. Por isso que eu acho que se tivesse sido (pausa) o que eu fiz no centro de simulação clínica, se tivesse feito aqui no laboratório, teria a ganhar mais, na minha opinião.

FGC: Eu discordo um pouco, também pode ter sido a situação clínica que foi dada ao meu grupo, neste caso foi um doente com DPOC, e uma coisa que eu achei bastante interessante foi o facto, por exemplo, na avaliação física, na parte da respiração, as pessoas às vezes falavam, "Ah, vocês têm ainda a avaliar a simetria do tórax, auscultar os sons", e aqui nos manequins da escola, nos laboratórios, não dá para ver (pausa) claro, não dá para ver esses aspetos, mas já lá no centro de simulação, foi uma (pausa) eu senti também que aprendi

melhor, porque realmente nós conseguimos ver, conseguimos ver o tórax, conseguimos auscultar, e portanto.

FGB: O centro de simulação, sou da opinião que é bom para os alunos, porque sim, nós conseguimos ouvir alguns sons para auscultar, ver as simetrias e isso. Quanto aos simuladores daqui da universidade, os bonecos, já estão a precisar de uma reforma, muitos deles. Nós, quando vamos chegar ao pé do boneco, já sabemos o que é que vamos fazer, porque o boneco ou já está todo picado, ou então já não está em condições sequer de ser usado.

FGG: Acho que para nós, pelo menos falo por mim, como primeira vez que fui ao centro de simulação, claro que é sempre diferente ter aquele contacto direto com aquele manequim, que acaba por nos dar algumas respostas àquilo que estamos a fazer, e o meu caso também foi o DPOC, e tive essa aprendizagem, consegui verificar muito bem, foi muito bom, mas talvez para um profissional com mais informação ou com mais formação, acaba por não ser, assim, tão benéfico, isto é a minha opinião.

Investigador principal: Bem, vamos passar então para a próxima questão. Consideram a simulação clínica como um ambiente de aprendizagem inovador? Qual é a vossa opinião sobre isso?

FGD: Sim, eu acho que é inovador, porque apesar de termos bons docentes, às vezes, não estão tão atualizados da prática clínica, e lá temos um enfermeiro mesmo (pausa) prontos, que já está dos dois lados, tanto no centro de simulação como na prática, e faz, então, a ponte e é essencial para nós enquanto alunos.

FGG: Sim, porque falando com outros profissionais que já (pausa) com o curso já há mais anos atrás, dizem que não havia esta parte da simulação clínica, é só quando chegavam ao contacto com o utente, e isso para nós é uma mais valia, que nós já vamos mais bem preparados porque temos esse contacto, apesar de não ser igual e nós sabemos, como aqui há um bocado eu referi, o facto de não termos contacto com o doente logo é diferente, porque aquilo é um manequim, mas é uma mais valia para nós que vamos muito mais bem preparados e podemos ali simular diversas situações, e acho que isso é muito bom.

FGA: Tendo em conta a tipologia também de formação da Universidade da Madeira, em que no primeiro ano temos realmente uma parte teórica e só a partir do segundo ano é que

vão sendo introduzidas as práticas clínicas, o facto de nós termos uma simulação, em primeira instância, num ambiente universitário, portanto, nos nossos laboratórios, ajuda realmente muito a percebermos também a forma como, se calhar, podemos manusear alguns instrumentos, a forma como também podemos abordar a pessoa, e então, também, em termos de teste de mobilização do próprio utente, portanto, fazê-lo no manequim em ambiente controlado é sempre uma mais valia. Depois também, na parte do centro de simulação do hospital, realmente ajuda muito ter um enfermeiro que esteja na prática, que também nos oriente nas coisas como são feitas, porque de facto, às vezes, deparamo-nos com situações em que não é só uma a resposta certa, podemos optar por várias vias, e ter essa noção e esse acompanhamento também ajuda-nos a abrir um pouco os horizontes para depois, na prática clínica, junto do utente, assim, passando a expressão 'de carne e osso', conseguimos também ter essa destreza de pensar quais as alternativas possíveis e que já foram testadas em ambiente de simulação.

Investigador principal: Ok. Mais alguém quer falar sobre este tema? De uma maneira geral, quando se fala em inovação, referem-se à questão tecnológica dos manequins ou estão a referir a relação às técnicas educativas que se pode exercer num ambiente de aprendizagem da simulação clínica? Qual a vossa opinião sobre as técnicas educativas?

FGA: Acho que, quando falamos do centro de simulação ou da simulação clínica, falamos de ambas as partes. Em primeiro lugar pela inovação, em termos de ambiente de aprendizagem, porque é uma coisa realmente fora do contexto, do ambiente de sala de aula, digamos assim, e que tem uma implicação mais prática, isso também nos ajuda a fazer uma mobilização de conhecimentos apreendidos na parte teórica, e que nos ajudam também a ganhar destreza de prática. Depois, realmente o centro de simulação, pela inovação tecnológica por exemplo, o facto de termos um computador que controla, por exemplo, os movimentos respiratórios do manequim, os batimentos cardíacos, os sinais vitais, respostas verbais que possam ser dadas através de um computador, realmente ajuda a imergir o dentro desse centro de simulação mais no caso concreto, o que também faz com que os participantes assumam uma postura um pouco diferente e, se calhar, investir um pouco mais do seu conhecimento para a realização do caso.

Investigador principal: Muito bem. Mais algum que queira falar sobre esta questão? Em relação à questão do meio ambiente, como é que se sentem, na vossa opinião, os estudantes,

em termos de preparação, para enfrentar este ambiente de aprendizagem da simulação clínica? Estão os estudantes preparados para ir para a simulação clínica, neste momento?

FGE: É o seguinte, eu acho que (pausa) ou pelo menos como eu vejo, acho que as simulações são, acima de tudo, momentos de aprendizagem, em que nós vamos fazer aquilo que nós sabemos e vamos ver a diferença para aquilo que é esperado e aquilo que nós sabemos, e acho que isso é uma boa medida para a nossa aprendizagem. Depois, o que é que eu também vejo? Que o centro de simulação, para quem vai a primeira vez e que não conhece aquele espaço, nós acabamos por estar perdidos lá dentro, e isso acho que interferente muito com a aprendizagem, com aquilo que nós fazemos e com aquilo que nós aprendemos, e acho que isso, eu vou falar por mim, foi o que gerou mais ansiedade, porque estava à procura das coisas, nem sabia o que é que estava a se passar ali, e depois estava num grupo em que (pausa) é verdade que em grupo a gente pode se sentir mais apoiados, mas vi que era do tipo, estávamos todos à medo lá dentro, e era um vai, um fala e um que resolve as coisas. Mas o ambiente em si é promotor da aprendizagem, sem dúvida, concordo com isso, a forma como foi feito e da minha experiência, que só lá estive uma vez, acho que foi limitado.

FGB: Sim, o ambiente torna-se promotor da aprendizagem e tudo mais, sim, mas, eu falo por mim, os estudantes vão com muita ansiedade para o centro de simulação, mesmo aqui nas aulas, quando é provas práticas, ainda mais difícil é. Deste outro lado do centro de simulação, há muitos professores que impõem que, se nós erramos, a simulação para, e muitas vezes isso é mal para nós. É preferível a gente continuar até o fim, e só no fim termos um feedback do que é que foi bem feito e o que não foi.

FGC: Realmente a preparação, tanto pessoalmente (pausa) a preparação acho que foi um pedacinho, um bocado deficiente, não sei se foi das partes dos professores, também os alunos não se prepararam, porque a verdade é que nós não sabíamos muito bem (pausa) nós sabíamos que íamos para lá, mas não sabíamos o que é que íamos fazer em concreto lá dentro no centro da simulação, sabíamos que tínhamos aquela situação, mas o que é que era para fazer, como é que nós tínhamos que agir? E depois o grupo era grande, também, e a professora dar aquela pergunta, nós ficamos baralhados, por isso era um ambiente com uma desorganização, e em termos de aprendizagem acho que podíamos ter aproveitado muito melhor o espaço.

FGD: Apesar do nosso curso ser baseado em evidência, por isso estarmos envolvidos em cadeiras teóricas (pausa) conteúdo acho que devíamos ter mais práticas, quem fala no centro de simulação também fala nas práticas laboratoriais, porque a gente quando sai para a prova em si, no centro hospitalar ou centro de saúde, seja onde for, a gente sente falta do toque. Apesar do conhecimento, também é importante praticar.

FGE: Eu acho que eu fico aqui no meio, a preparação e a inovação do local, porque nós já temos o caso, podemos só ver por alto, tipo, o que pode ser apresentado, mas não conhecemos onde vamos estar, o que vamos fazer, tipo, fazer não, o que vai ser apresentado, vai ser dito, e pronto, ficamos aqui no meio, se calhar nós conseguimos nos preparar mais ou menos para a situação, mas depois de estar no local que é totalmente novo para nós, ficamos ali nesse meio.

FGA: Portanto, concordo com o facto de contribuir, sem dúvida, para a aprendizagem e a mobilização de todos os conhecimentos. Concordo também com o facto de que este ambiente de simulação, numa tipologia de formação como é o curso de enfermagem em si, se calhar, havia a necessidade de ser um pouco mais extensa, ou seja, tentar organizar as coisas de forma que, por exemplo, no segundo ano nós conseguimos sempre ter um pouco mais de práticas relativamente aos procedimentos básicos, mas depois no terceiro ano ficamos um pouco a desejar a questão das práticas laboratoriais, sobretudo na área da saúde infantil e saúde materna, e que são poucas as aulas práticas que nós temos, e que realmente há uma discrepância muito grande depois quando vamos para a prática, porque não tivemos aquela destreza e aquele treino. O mesmo depois num quarto ano, ou seja, finalistas já do curso de enfermagem, ficamos um pouco, às vezes, sem norte, sobre como é que poderíamos fazer as coisas, realmente porque tivemos esta escassez de componente prático, e que nos podia ajudar. Obviamente que sendo um ambiente de simulação clínica dentro do ambiente da nossa formação básica, que é a universidade, ajuda um pouco a aliviar a parte da ansiedade, também pelo facto de já conhecemos as salas, onde vamos fazer a simulação, já reconhecemos o material, já sabemos onde é que podemos ir buscar as coisas, o próprio manequim, como é que podemos manusear, porque já estamos habituados. Face a esta transição de espaço para a simulação dentro do hospital, no centro de simulação, fica um pouco mais estranha a nossa presença lá, simplesmente pelo facto de não conhecermos o espaço e também pela tipologia do caso, que é porque nós, apesar de sabermos o grande tema e para o qual fomos chamados, depois acabam sempre por ser evidenciadas coisas as

quais nós não estávamos preparados e nem entravam dentro do guia do próprio caso, ou seja, vão buscando matéria ou coisas que (pausa) pronto, somos apanhados ali a, por exemplo, a queima roupa, e pronto, sai um pouco fora daquilo que é o nosso padrão que estávamos preparados, que é aquele guião que foi dado. Portanto, se calhar, aqui também concordo que sim, que se faça, porque realmente dá frutos na nossa formação e depois na nossa prática, porém, a forma como este deve ser apresentado aos estudantes e deve ser planeado, deve ser feito com mais alguma cautela, que é para também o estudante que vai para lá não ser rotulado porque não sabe ou que não prestou atenção às aulas, mas que de facto foi uma pergunta ou algo que saiu fora do esquema para o qual ele estava preparado, porque se me dão um guião para as mãos, eu vou estudar aquele guião e vou perceber aquele guião, tudo o que for extra daquele guião não conta e nem vai ser ponderado, exatamente porque aquela simulação não é para aquilo.

Investigador principal: Mais alguém quer participar sobre esta questão? Bom, então falando um pouco sobre a questão dos modelos, existem modelos que direccionam a simulação clínica á enfermagem. Têm conhecimento de algum modelo ou na vossa experiência tiveram como referência algum modelo da simulação clínica?

FGA: Não.

FGG: Também não.

FGC: Também não.

FGE: Não.

FGD: Não.

FGB: Também não.

Investigador principal: Atendendo ao perfil de futuros profissionais de saúde, qual é a vossa opinião sobre a experiência de simulação como um recurso para preparar os futuros profissionais, para resolver problemas e desenvolverem as competências que se espera como futuros profissionais?

FGA: Eu acho que é uma grande mais-valia termos um enfermeiro destacado para o centro de simulação, realmente dá-nos uma vontade, e também todas as vezes que nós vamos lá ao

centro de simulação é mencionado isto, que realmente é um espaço para os profissionais treinarem técnicas, treinar em cenários, para também ajudar na sua prática clínica. Acho que também devia ser uma coisa mais organizada e realmente fomentar mais formações deste tipo, realmente para atingir a excelência que procuramos quando estamos na formação, e que sempre nos dizem que nós, enquanto futuros profissionais, vamos atingir essa excelência da qualidade dos nossos cuidados. Portanto, realmente o centro de simulação fica um pouco a desejar quando se vê a pouca utilização que tem sido dado e, se calhar, podíamos enquanto futuros profissionais também ter este olhar atento e tentar arranjar formas e alternativas para que fosse utilizado cada vez mais, para treinar cenários, por exemplo, de situações, por exemplo, de emergência ou algo assim deste género.

FGD: Sim, eu concordo com o que foi dito pelo colega, agora com a construção do novo hospital, seria importante reforçarem os centros de simulações, que seja maior, tenha outros tipos de manequins preparados para diversos casos clínicos, porque (pausa) é que isto não é só para os estudantes, mas também para os profissionais, porque as técnicas e as *guidelines* estão sempre em atualização, a enfermagem é um curso que a gente estuda sempre, a vida toda, não é 'já acabou, acabou', não, e então seria uma mais valia, sim.

FGE: Concordo com o que os meus colegas estão a dizer, sem dúvida é uma mais-valia, mas sim, aquele facto de ter mais inovação ou estar mais atualizado seria muito melhor e, também, o facto de nós sermos mais convidados a ter práticas lá.

FGG: Eu concordo com tudo o que foi aqui dito, mas acho que também é importante para nós, enquanto alunos, quando lá fôssemos, não estarmos sempre sob avaliação, e sim ao contrário, os professores também nos ajudarem no sentido de nós termos uma melhor aprendizagem, não sentirmos aquela pressão de, "Aí, estou a ser avaliado", não. Fazer-me daqui para nós aprendermos, podermos ter realmente o contacto para quando nós chegarmos à nossa prática podermos atingir esta excelência, como o colega aqui referiu, e ser para nós um momento de maior aprendizagem, de maiores conhecimentos, e não ter aquela pressão de que, "Ah, estou a ser avaliado".

FGF: O centro de simulação é importante na nossa aprendizagem, então, como já foi falado aqui, é um centro em que é um ambiente controlado, em que apesar de tudo estamos com uma certa pressão, seja para avaliação, seja por n razões, não saber o que se vai passar ali, por não conhecermos o espaço físico, o caso, etc. Mas eu acho que, na nossa formação, é

importante nós vemos não uma técnica só em específico ou um caso em específico, mas nós termos uma visão mais global, e como nós temos aqui as PL's, em que, para além de treinar certa técnica, nós englobamos mais coisas, como diagnóstico de enfermagem, atender a família, a alta, atender isso tudo, e acho que a aprendizagem está nisto tudo. Mais do que a técnica em si, a envolvência, seja no centro de simulação clínica da Madeira, seja nos laboratórios, seja em salas de aula, acho que isso é sempre importante, e é um recurso importante na nossa aprendizagem.

Investigador principal: Mais alguém sobre este tema? Bom, hoje fala-se muito na questão de ter o estudante como o centro da aprendizagem, o estudante é o foco principal. Qual é a vossa opinião sobre o papel que o estudante tem no desenvolvimento de todas as fases da simulação? Começando, por exemplo, pela preparação dos casos clínicos e da própria simulação. Qual é o papel que o aluno tem? Como é que vivem? Sentiram a experiência deste papel do aluno em todas estas etapas, começando, por exemplo, pela preparação dos casos clínicos?

FGF: Bom. Eu só tive uma experiência lá no centro de simulação, e os casos foram-nos dados e foi numa altura em que nós tínhamos outras avaliações, e é claro que nós fingimos aquilo que é dado e não estudamos aquilo que é dado, e foi numa altura que, se calhar, não calhou muito bem a ida ao centro de simulação, falo por mim, porque tínhamos outras avaliações, tínhamos outras coisas para fazer, eu acho que este é um dos assuntos a ver. E depois outra coisa, como nós não tínhamos experiência, eu acho que não fomos tidos (pausa) e não estou a fazer aqui uma crítica, estou só a constatar algo, é que nós não tínhamos experiência, não tínhamos nada, os casos foram-nos dados e eram dois casos e tínhamos de estudar aquilo, portanto, era a primeira vez, eu acho que isto foi a nossa participação, era do tipo, "Vocês só tinham que estudar isto e ir lá no desenvolver o caso".

FGA: Portanto, é um pouco aquilo que nós já tínhamos vindo a falar, há pouca discussão acerca dos casos previamente, realmente se o estudante é o foco e o motor da aprendizagem, nós ficamos um pouco a desejar, porque é nos dado um caso, mas não temos a noção de, com aquele caso, o que é que nós temos de fazer. Eu sei que tenho aquele caso, sei que é um utente com estas características, salta-me a mente alguns procedimentos que podem vir, devido ao caso, mas pouco mais do que isso, e se calhar, pela envolvência e pela importância que nós também já referimos anteriormente, o diagnóstico de enfermagem, a alta, a família, a própria comunicação junto ao utente, se calhar haver também nesse guia,

para o caso, mais do que o caso em si, que também é importante, mas se calhar algumas questões orientadoras no sentido de (pausa) ou dar um diagnóstico de enfermagem e, a partir daí, também, desconstruirmos nós estudantes o que é que é preciso fazer, atendendo àquele diagnóstico, e vamos à procura dos recursos que nós já temos disponíveis, quer seja da matéria dada em anos anteriores ou desse ano, ou em discussão com o próprio docente, disponibiliza este tempo também para discutirmos o caso com ele. Assim também, depois quando chegássemos à prática, ia haver sempre aquela pressão, porque íamos estar a fazer realmente alguma coisa, mas realmente esta discussão depois ajudaria nós estudantes, dentro de um ambiente controlado de simulação, conseguirmos fazer as coisas como deve ser, com excelência e com segurança do que estamos a fazer. Porque às vezes vamos para lá sem saber e fizemos as coisas um pouco a medo, e depois obviamente que, em termos avaliativos, a nossa prestação não é aquilo que é o reflexo realmente do estudante que tem um ano inteiro a estudar e que sabe as coisas, mas ali naquela pressão, um pouco sem estar à espera do ambiente que estava a ser proporcionado ou do caso que fosse, fica assim um pouco aquém das expectativas que o próprio professor pode ter.

FGB: Sendo o estudante o principal foco, acho que há uma falta de organização, tanto por parte do estudante, como por parte dos professores, na entrega do (pausa) quando nos dão o caso, não dizerem ao certo o que é que pretendem com ele, simplesmente dão-nos o caso, "Vocês têm que saber". Ninguém nasce ensinado, estamos aqui todos para aprender. E depois, no fim da simulação, não haver um feedback por parte dos professores e nem de outras pessoas a dizer, "Ok, isto está errado, isto tem de fazer desta maneira", não há nada disso, simplesmente dizem, "Ah, vão para casa, façam o diagnóstico e enviem-me até a meia-noite ou até o dia a seguir".

FGC: Realmente o facto também de o estudante ser o foco principal põe-nos aquela pressão, pronto, não é tão benéfico para a nossa aprendizagem. Eu acho que se (pausa) também o facto da preparação, se fosse mais centrado na simulação em si, e não tendo no conhecimento, "Ah, vocês têm que saber aquilo e isto", acho que também ajudava um pouco os estudantes na parte da ansiedade, de diminuir a ansiedade, porque nós já íamos mais bem preparados e tínhamos mais em atenção aquilo que nós íamos fazer.

Investigador principal: Mais alguém sobre esta opinião? Bom, atendendo as fases da simulação clínica, que são várias, há uma fase que é o *prebriefing*, que representa uma visita ao local da simulação, conhecendo os espaços, a forma como funciona. Qual foi a vossa

experiência em relação a esta fase do *prebriefing*, e qual é a vossa opinião sobre esta fase? Se existiu, se não existiu, e se ao existir, se existe alguns benefícios na vossa opinião.

FGF: Bom. Ainda bem que fez essa questão, e acho que já tinha dado aqui, já tinha lançado essa ideia de que uma das dificuldades de lá dentro, e eu só tive uma experiência no centro de simulação, foi eu não conhecer o espaço. Portanto, eu nem sabia onde é que estavam as coisas, eu não sabia onde é que estava monitor, eu não conhecia nada lá dentro, e isso teve repercussões na minha prestação lá dentro. Pronto, é só isso. Se tivéssemos feito isso, com certeza que a prestação já seria outra, portanto, eu estou ali dentro a primeira vez, vejo uma mesa cheia de material, vejo para o outro lado uma televisão, não sabia nada do que estava a se passar ali dentro, confesso que isso, mais do que o caso em si, eu acho que isso é que foi um grande empecilho na minha (pausa) eu acredito que as próximas vezes já serão melhores.

FGA: Aqui a questão das próximas vezes, pegando um pouco no que o colega estava a dizer, realmente, como muda o caso, apesar de (pausa) da primeira vez é sempre o mesmo choque, porque não conhecemos o ambiente, nem há essa fase do *prebriefing*. Depois, nos anos seguintes, em que se dirige realmente ao centro de simulação, já conhecemos o espaço, mas como muda o caso, mudam as situações dentro das salas, porque são adequadas ao caso, e nós ficamos um pouco sem conhecer. Se calhar, se houvesse um momento *prebriefing*, em que o estudante tem 10 minutos, ou o grupo de estudantes tem 10 minutos para entrar na sala, olhar, ver o material que existe, reler o caso olhando para o manequim que está lá, olhar para o monitor e perceber o que é que está a acontecer lá, esclarecer as dúvidas sempre assim com o grupo, depois a prestação dos estudantes, dentro da simulação, com as questões a serem colocadas, iria ser muito superior ao que realmente temos neste momento. Por isso, acho que realmente é importante esta fase.

FGE: Falando mais na minha última experiência, eu lembro de ter este momento *prebriefing*, mas foi tipo um minuto, tipo, "Vocês têm um minuto para ver os materiais", a gente ao fim estava a tentar ver o que era cada coisa, já era tipo, "Acabou, vamos começar", e ficamos assim um bocado (pausa) se tivesse realmente o tempo necessário para ver e conhecer os materiais, e ficar, tipo, falar em grupo e ficar todos de acordo para começar o caso, era melhor.

FGB: Isto do *prebriefing* devia haver, porque depois, numa das simulações em que eu fui sujeito, chegamos lá e o material que lá tínhamos, nunca tínhamos visto, nem mesmo nas

aulas práticas aqui na universidade, porque nós não tínhamos esse material, e chegar lá, ter de trabalhar com um material que nunca vimos na vida, é a mesma coisa que ir para o pé de um doente e não saber nada de enfermagem.

FGC: Eu realmente concordo com o que os colegas estão a dizer, porque se nós tivéssemos essa visita prebriefing em todas as situações, ou uma visita em grau ou antes de cada situação clínica, nós tínhamos aquele melhor conhecimento, tanto material como do espaço, a situação em si, o que também promove não só a nossa aprendizagem, mas toda uma organização entre os estudantes na realização da simulação.

Investigador principal: Bem, passando para a fase seguinte, é a fase conhecida como o briefing, onde é dado a conhecer o caso. Como é que foi esta experiência, e qual é a vossa opinião sobre esta fase?

FGA: Portanto, acerca do caso, nós já recebemos o caso diante mão, portanto, já temos esse conhecimento, e depois quando chegamos ao local para a simulação propriamente dita, é relido o caso também à frente, portanto, conhecimento sobre o caso nós temos. O problema é, algumas informações que, se calhar, poderiam ser utilizadas, quer no guia por exemplo, que depois quando fosse um momento do briefing, enfim, seria muito mais, digamos, que automático. Depois também a parte da atuação e a articulação entre os participantes, para a realização do cenário proposto.

FGB: Concordo com o outro participante disse, mas uma das minhas simulações, nós não recebemos nenhum caso, simplesmente recebemos um guião, e só quando começamos a simulação deram-nos dois minutos já ao pé do boneco, já a sermos avaliados, deram-nos dois minutos para lermos e começar a trabalhar a partir daí. São momentos de atenção e de ansiedade, fazendo isto nós ainda ficamos mais baralhados, e acabamos por estragar a simulação toda, e deixa de ser aprendizagem.

FGC: Portanto, eu também só fui uma vez ao centro de simulação e o que aconteceu também foi isso, não nos deram o caso, o que nos deram simplesmente foi um guião com duas situações, em que nós tínhamos que estudar essas duas situações, e na hora, quando nós estamos já no centro de simulação, é que nós sabíamos qual é que ia ser o nosso caso, já dentro da sala, e também, claro, nós ficamos confusos porque nós tínhamos estudado, mas cada caso tem as suas especificidades, por exemplo, os medicamentos, e em relação a isso

nós não estávamos tão bem preparados, o que compromete também nossa performance dentro do centro de simulação.

FGG: Eu concordo com aquilo que a colega disse, e eu senti essa dificuldade, principalmente quando fui confrontada para o que é que servia aquele medicamento, um medicamento que eu nunca tinha ouvido, e como é óbvio não ia dizer que sabia, porque senão sabia e fui (pausa) a professora em questão não gostou de ter dito que não conhecia o medicamento, mas era a realidade, e acho que isso é importante, que seja-nos (pausa) porque assim, se nós não temos contacto com esses medicamentos, nós nunca tivemos estudado os mesmos, nós não somos profissionais, somos estudantes, logo eu não sei qual vai ser o caso que eu vou ter, nem sei quando naquele caso que tipos de medicamentos são utilizados ou não, e acho que isso é um bocadinho injusto para nós, sermos criticados por não sabermos, quando isso também compete ao professor não ter nos dado essa informação, ou pelo menos ter nos preparado para esse mesmo momento de avaliação.

Investigador principal: Mais alguma questão sobre isto? Conhecendo que, na simulação clínica, existe o projeto da simulação clínica, que envolve vários intervenientes dentro da simulação clínica, qual foram os intervenientes que identificaram e como é que foi a relação entre eles? Por exemplo, na questão do estudante, falamos aqui um pouco sobre qual é a vossa opinião de incluir o estudante em todas as fases da simulação clínica, onde uma delas é a elaboração do caso, isto é, o estudante também participar na elaboração do caso de simulação clínica, qual é a vossa opinião sobre esta fase?

FGA: Portanto, eu acho, enquanto estudantes, e estamos a ser avaliados, a parte da construção do caso é importante, mas podia ser uma coisa secundária e acho que aqui o mais importante é inserir o estudante na discussão do próprio caso, porque as vezes são cenários novos, as vezes é um caso ao qual não estamos tão habituados, nem temos tanta informação quanto isso, e ter um tempo em que é dado ao grupo de estudantes que vai participar no cenário, poder discutir o caso com o docente, ajuda também um pouco a clarificar algumas coisas e preparar melhor os estudantes para a simulação propriamente dita.

Investigador principal: Muito bem, mais alguém?

FGF: É assim, em relação aos casos, eu confesso que acho que nisso tem de ser os professores a dizer quais são os casos, agora podem nos perguntar quais são as nossas

maiores **dificuldades** que nós achamos que deveríamos treinar mais prática, eu acho que isso seria benéfico, mais do que estar (pausa), portanto, arranjava dois/três casos e diziam, "Vocês têm sugestões? Querem pôr aqui alguma alteração, eu acho que esta técnica era importante de nós fazermos, e assim estávamos a participar no caso, mas claro, orientado pelos professores, acho que seria benéfico.

Investigador principal: Hoje fala-se muito na questão de ter os estudantes no centro, como vocês focalizaram, falam muito na simulação na vertente da avaliação, mas também poderia se falar na vertente unicamente de aprendizagem. Como é que veem esta possibilidade, de ver-se a simulação como um único recurso só para experiência de aprendizagem e não ser experiências avaliativas, e daí, atendendo esta perspetiva, qual é o papel que o estudante podia ter, por exemplo, na construção dos projetos, na construção dos casos que poderiam advir, certamente, de algumas necessidades que já têm à priori ou de algumas necessidades que pretendem explorar, qual a vossa opinião sobre esta metodologia de simulação clínica?

FGE: Bem, é assim, o centro de simulação ser só como avaliação é o que nós, como estudantes, achamos que faz pressão e não acaba por ser benéfico. Mas, se for avaliação, mas tivermos tipo, anteriormente, estar lá a treinar, acho que tudo bem, tudo ok, porque nós conseguimos treinar e, no momento, fazer avaliação? Sim, sempre na avaliação vai gerar um bocado de nervosismo, de pressão, mas também faz parte, também, tipo, na vida real não vamos ter o caso e vamos ter que só falar, vamos ter coisas que no momento não vamos, tipo, esperar e vai acontecer, e faz parte, mas se vai ser avaliativo, eu acho que o importante é ter o treino lá também.

FGG: Sim, concordo, acho que é isto, é um facto, se nós usássemos o centro de simulação realmente para aprendizagem, quando fossemos a ser avaliados seria muito mais fácil, não havia tanta pressão, não havia tanto medo daquele momento da avaliação, porque já estávamos preparados, tínhamos maior contacto com o meio e seria sim, realmente, uma mais-valia o contato no contexto de aprendizagem. Assim como nós também temos aqui nos nossos laboratórios, quando estamos na aula prática, é importante, e no momento de avaliação, claro que estamos sempre a ser avaliados, e isso, queiramos ou não, acaba por ter sempre um momento de tensão, mas estamos mais bem preparados, estamos mais à vontade, porque já tivemos uma prática, tivemos um treino durante algum tempo, por isso acho que é importante.

FGF: É assim, a minha ida ao centro de simulação, eu vi só apenas que (pausa) apenas não, é o mais importante, que é a aprendizagem, porque a avaliação não foi feita, se foi feita a avaliação não nos foi dado a conhecer, logo não identifico aquilo lá como avaliação. Eu acho que os constrangimentos no centro de simulação nem foi por causa da avaliação, porque nem estava com isso para aí virado, até porque depois o que nós fizemos, enviamos aos professores e nunca tivemos feedback disse, portanto, eu não vejo isso como uma avaliação, eu vejo como um momento de aprendizagem, e teve ali umas lacunas que eu espero para a próxima que estejam resolvidas e nós aproveitemos e desfrutemos do centro de simulação.

FGA: Realmente o centro de simulação em meio ambiente hospitalar promove bastante o (pausa) com o tipo de material que tem e tudo mais, maior veracidade do caso clínico ao qual podemos ser expostos. E realmente, sendo este momento de aprendizagem puramente de aprendizagem, porque é isso que é e que nos ajuda, realmente termos mais idas lá para este contexto de aprendizagem ajuda-nos, porque nós sabemos o quão benéfico é termos as práticas laboratoriais em contexto de aprendizagem aqui na universidade, realmente ajuda-nos a ter mais destreza, a olhar o utente realmente como nos tem sido ensinado, de forma holística e, portanto, atender a tudo, mas depois também é verdade que a própria universidade não tem recursos adequados para que haja esse sucesso nessa formação, porque ou a sonda não foi feita para aquele manequim, ou aquele manequim aliás já não consegue suportar uma sonda ou tipo de procedimentos que possam ser feitos, portanto, ou aliarmos um centro de simulação que está totalmente equipado e que nos possa dar maiores frutos nessa formação ou então, também, investir nos materiais que temos aqui presente e fazer a sua renovação, para também que o estudante aqui consiga ter um maior proveito nessa mesma aprendizagem.

Investigador principal: Mais alguém quer falar sobre isto? Bom, na simulação clínica podemos usar o participante simulado, isto é, alguém que possa fazer de familiar ou de outro profissional, ou outro utente, pode-se usar também o participante simulado. Na vossa experiência de aprendizagem foi utilizado algum participante simulado, se sim, como é que foi essa experiência para o enriquecimento da vossa aprendizagem?

FGA: Realmente nós tivemos uma oportunidade de fazer, quer a construção do caso, a resolução do mesmo, e depois também a parte dos diferentes intervenientes, quer da parte do enfermeiro, a família e a pessoa depois envolvida e, realmente, foi bastante produtivo essa

dinâmica, essa abordagem, porque para além de sermos nós conhecedores do caso que estávamos a descrever, também foi possível perceber quais as técnicas a serem mobilizadas, quando é que poderiam ser mobilizadas e depois representá-las, por exemplo, através de um roll play, ajuda realmente a perceber a posição enquanto enfermeiro, as questões que o familiar pode colocar ao enfermeiro, e apesar de sermos todos estudantes de enfermagem e seremos um dia futuros profissionais, ajuda-nos a perceber o tipo de questões e a tipologia de questões que as famílias colocam, as quais muitas vezes ficamos de mãos amarradas enquanto profissionais e não conseguimos dar resposta. Neste ambiente assim controlado de roll play, por exemplo, e de construção do caso, conseguimos identificar quais é que seriam essas possíveis questões e formular algumas respostas que pudessem ir de encontro, também, para satisfazer as necessidades que emergiram daquela pessoa naquela situação em concreto. Portanto, esse tipo de abordagem realmente mostra-se bastante produtivo, pena é que a única vez que nós utilizamos tal abordagem foi agora no quarto ano, se calhar podíamos tentar pegar em cenários destes ao longo de todos os anos do curso, porque realmente poderia facilitar, quer a nossa abordagem perante uma avaliação no centro de simulação, quer também depois com o utente.

FGF: Ora bem, no caso que eu tive no centro de simulação foi, embora não tivesse mais ninguém a fazer de familiar, foi dito que aquela pessoa tinha visita de um familiar, e foi importante para nós atendermos à situação, tiramos a atenção só doente, mas também ver o que é que se estava a passar a volta e envolver a família, e nesse caso sim, foi importante. Porque as pessoas têm que começar a entrar na nossa (pausa) como estudantes, já nesta altura, tem que começar a entrar na nossa intervenção, e foi dito, "O familiar está presente neste caso, que intervenções é que podem ser feitas?", por exemplo, o familiar tinha se instruído para fazer isto, aquilo, não dar água, e isso é importante, tiramos um bocado o foco só do doente.

FGB: Este ano teve uma situação, numa prática laboratorial também desse género, em que os estudantes faziam de família ou de interveniente principal, e o outro de enfermeiro. O problema é que o caso foi dado na hora, depois de cada um estar no seu papel, em que o interveniente, como todos nós temos várias perguntas, várias questões para fazer, mas o estudante que estava no lugar do enfermeiro não sabia responder ou como responder. Era preferível ter um enfermeiro mesmo ou o professor naquela situação a responder aos alunos,

era mais benéfico para nós do que estar um estudante no lugar do enfermeiro sem saber o que responder.

FGD: Como o colega também já disse, concordo que a gente envolva outros participantes, porque nós, enquanto fizermos enfermeiros temos que ver o utente de uma forma holística, e a família entra aqui, a gente às vezes somos meio atrapalhados e com o agravamento da situação, a gente está sempre com o foco no utente, e esquece da família, mas a família também é importante de se trabalhar e explicar o que é que está a acontecer, o que é que não está a acontecer, quais são as alterações que houve no seu familiar, quando estiver novamente em contacto o que pode fazer e o que não pode fazer, e deixar também o ente querido mais tranquilo.

Investigador principal: Ok. Uma das fases que se tem na simulação clínica, das fases finais, é o chamado debriefing, uma reunião final onde se faz um apanhado da experiência prática na simulação clínica. Como é que foi essa experiência para vós e para a vossa aprendizagem?

FGA: Em termos de debriefing, surgiu uma vez, me lembro que houve realmente uma discussão pós o cenário, juntamente com os docentes e a equipa, portanto, estudantes que intervieram no cenário e discutimos o caso, o que é que podia ter sido feito de outra forma ou não. Infelizmente agora, na mais recente que tivemos, não houve essa oportunidade e então nós estudante é que estávamos a discutir um pouco o caso e o que é que podíamos ter feito de forma diferente, mas sem aquele suporte e aquele apoio do docente, que realmente conhece e que nos pode ajudar, e então ficamos às vezes, como dizia o colega também inicialmente, que ficamos um pouco atrapalhados sem saber como é que foi realmente a nossa simulação, se podíamos ter feito as coisas de outra forma, que dicas é que ou o profissional de saúde que está lá pode dar também aos estudantes, na abordagem do cenário, ou o próprio docente dizer que, "Olha, aqui falhou isto, isto e isto, pode-se fazer de outra forma". Portanto, fica às vezes um pouco a desejar essa etapa, que eu considero ser, se calhar, a etapa mais importante, porque é aquilo que nos permite um pouco melhorar para um cenário futuro, para uma situação futura.

FGC: Portanto, quando eu fui ao centro de simulação, nós tivemos essa etapa, tivemos o debriefing, em que a professora explicou o que é que nós devíamos ter feito melhor, quais foram os passos que nós devíamos de ter feito e não fizemos, mas eu acho que uma das

situações em que a professora podia-me ter falado era a parte dos diagnósticos e intervenções, essa parte não foi falada com o docente, foi somente nós enquanto grupo de pessoas, alunos, é que ficamos de falar e eu acho que se nós tivéssemos o acompanhamento de um professor, talvez conseguíssemos explorar mais intervenções ou tentar identificar mais diagnósticos, se não fosse aqueles os mais esperados, era também um bocado para aumentar a nossa aprendizagem.

FGF: O debriefing foi realizado e, se calhar, como o colega disse, é dessa das fases mais importantes porque nós fazemos uma retrospectiva daquilo que foi feito e daquilo que poderíamos ter feito de maneira diferente, e acho que é aí que nós vamos retirar o sumo da nossa aprendizagem. Portanto, foi feito o debriefing, quando também acho que deveria de ter mais tempo para discussão dos casos, em vez de ser feito em 5/10 minutos, poderíamos levar 20, porque o caso acho que poderia ser discutido. Houve coisas que se passaram dentro da sala que correu bem e que aprendemos a falar, a professora ia nos dando as dicas e nós íamos fazendo, mas no debriefing acho que podia ter sido mais proveitoso, porque o caso (pausa) merecíamos mais tempo para discutir o caso.

Investigador principal: Ora bem, fazia então uma pergunta muito objetiva, que ganhos sentem que tiveram com a vossa experiência de simulação clínica?

FGA: O pensamento crítico, apesar de ser às vezes um ambiente um pouco caótico, passando a expressão, que realmente acontece, porque fomos sendo bombardeados com questões as quais não estávamos à espera, mesmo assim as respostas são dadas, quer pelo professor, que depois responde à sua mesma questão, visto que os alunos não conseguem responder, ou então o profissional que está dentro a auxiliar no caso, também na tentativa de ajudar os alunos a progredirem no caso, também vai dando as suas respostas. E essas respostas, e depois com essas questões e provocações dadas pelos elementos que estão a avaliar, permitem-nos a nós estudantes, um pouco, perceber as diferentes questões que podem estar associadas a este tipo de cenário, e a pensar de forma crítica e também defender a sua posição caso achem que a resposta a qual estão a dar realmente faz sentido para aquela caso, então ajuda também o estudante a ganhar a capacidade, também, de argumentar um pouco a sua posição face às respostas já quase dadas pelos outros participantes dentro da sala.

FGD: Outra competência que ganhamos aqui no centro de simulação é o trabalho em equipe, no sentido de cada um ter a sua função, mas com auxílio no sentido de gerir o tempo. Desenvolvemos também a técnica da comunicação que é essencial tanto para o utente, como dentro da equipa.

FGF: Eu gostaria de realçar isto do trabalho de grupo, porque em relação ao caso clínico, vou dizer da minha experiência, a ida ao centro de simulação não foi (pausa) eu poderia ter feito aqui numa PL e o ganho, em termos clínicos, seria a mesma coisa. Em termos de envolvimento, ir ao hospital, ter o trabalho de grupo dentro da sala, foi mais enriquecedor isso, foi mais interessante, não em termos clínicos, mas do trabalho e também de gerir expectativas, ansiedade, tudo isso, acho que isso foi o que se tornou ali melhor.

Investigador principal: Ok. Indo ao encontro da vossa experiência, de uma forma muito rápida, como é que classificam os casos que foram apresentados?

FGF: No meu caso, acho que os dois casos, que era o doente como DPOC e também com AVC, acho que foram adequados à nossa prática mas nós estávamos (pausa) foi dado aqui o caso para estudarmos, tínhamos muito pouco tempo para estudar, mas arranjam os resumos e estudamos, e acho que foi adequado nesta fase, embora sim, a experiência clínica ainda, eu acho que até foi (pausa) houve ali umas falhas, nomeadamente fazer perguntas sobre a medicação quando estes medicamentos não tinham sido dados para o aluno se preparar. Portanto, se tivessem dito que só tinha os quatro medicamentos, e pode ser escolhido um, eu acho que tinha sido mais proveitoso para a aprendizagem e aqui é a tal coisa, não é tanto a avaliação em si, mas é tanto a aprendizagem, porque acho que a partir disso muito a aprendizagem dos alunos.

FGB: Uma das situações que eu tive no centro de simulação deu a perceber que os professores usam sempre os mesmos casos ao longo dos anos, e acabam por não ir ler o caso quando vão fazer simulação, porque houve uma situação, por exemplo, de uma simulação de um AVC, em que o doente, supostamente no caso, tinha chegado à urgência, estávamos no contexto de urgência, não em contexto de internamento, e a simulação foi parada porque o professor dizia que nós tínhamos que fazer de uma maneira quando ele está num contexto de urgência e tínhamos que fazer totalmente o contrário, fundamentamos e aí o professor pediu desculpa, porque realmente estava mal e acho que, como é todos os anos os mesmos casos, eles acabam por se deixar ir e não (pausa).

FGA: Sim, realmente os casos são adequados, porque a verdade é que nós fomos ao centro de simulação duas vezes, foi uma vez para estes primeiros cenários de DPOC e AVC, porque realmente são as situações emergentes para um primeiro estágio, e realmente são adequados e vão de encontro também às expectativas que nós estudantes, naquele ano, temos. Depois, agora mais recentemente, foi um caso de um doente, de uma pessoa em situação crítica, e aí fica um pouco a desejar a questão do caso, porque apesar de nós sabermos minimamente um pouco aquilo que é a pessoa em situação crítica e a abordagem à mesma, às vezes, com aquele caso em concreto, ficamos um pouco baralhados com o que nos foi pedido, porque o que nos foi dado para estudar antes foi uma situação, o que aconteceu lá dentro e as questões colocadas já requeria alguns conhecimentos um pouco mais profundos e mais sérios do que o conhecimento básico que nós tínhamos, à priori. Portanto, ficamos aí também um pouco a desejar e como dizia o colega, e é verdade, só o facto de sermos um pouco barrados nisso e de nos vermos um pouco entalados sobre a questão colocada, a partir daí, a aprendizagem (pausa) o stresse aumenta e a aprendizagem diminui exponencialmente.

Investigador principal: Ok. Colocaria uma última questão, já está mesmo a terminar, que é relacionada com a inovação e a investigação. Colocaria uma última questão, que até é relacionada com a inovação e a investigação, gostaria de saber na vossa opinião se houve espaço, na experiência que tiveram da simulação clínica, para falar sobre estudos de investigação sobre a simulação clínica, e sobre parcerias com outras instituições em relação à simulação, e qual é a vossa opinião sobre explorar esta vertente, principalmente na área da inovação e da investigação, na área da simulação clínica em enfermagem.

FGG: Nós, como só fomos uma vez ao centro de simulação, não tivemos essa oportunidade de discutir, de saber de outros casos, mas sem dúvida seria bom nós podermos partilhar os nossos conhecimentos com outras escolas, outras parcerias, acho que era benéfico, não é pelo facto de andarmos a passear, não é isso, mas é sempre bom termos conhecimentos de outras pessoas e de outros profissionais, acho que era uma mais-valia para todos.

FGA: Realmente nós deduzimos que a Universidade da Madeira tem uma parceria com o centro de simulação por continuarmos a ir lá, a fazer as nossas práticas. Porém, realmente, em termos de avaliação e de investigação, acho que era muito benéfico alguns estudantes, após terem participado e já terem tido esta experiência, portanto, estamos a falar de estudantes depois de um segundo ano, que têm a experiência de ir ao centro de simulação, que participassem em estudos de investigação feitos pelo centro de simulação, para de facto

perceber os ganhos que esta prática e que esta inovação, que é o centro de simulação, tem para a aplicabilidade, por exemplo, dos profissionais ou o sucesso dos estudantes na prática clínica, portanto, porque realmente podemos dizer que tem algum impacto e que esse impacto pode ser bastante positivo, mas que tenho ouvido falar deste estudo ou que sei que alguma coisa está a ser feita, não.

FGB: Quando a minha turma esteve no centro de simulação foi-nos falado que tinham uns questionários para saber (pausa) preenchimento online, para saber como é que foi a experiência, o que é que podia melhorar, o que é que não se podia. Nós escrevemos o nosso e-mail e até o dia de hoje nunca recebemos qualquer questionário, e já fui lá três ou quatro vezes, por isso.

FGF: Bom, também é verdade isto que o (pausa) eu também senti isto que o colega disse, que nós fomos, que era para preencher os questionários e nunca preenchemos. Outra coisa, sabemos que o centro de simulação é importante na investigação e no treino dos profissionais, mas confesso que nunca me detive a pesquisar mais sobre isso.

Investigador principal: Bom, não havendo mais questões, deixava o último bloco final mesmo para colocar aqui a consideração do grupo, se alguém quer fazer alguma questão adicional ou fazer algum esclarecimento. Não? Não fazendo, agradecer a vossa presença.

Apêndice 7 | Análise de conteúdo do *focus group* aos estudantes

Apêndice 7

Análise de conteúdo do *focus group* aos estudantes

A - Caracterização dos elementos do *focus group*

FGA	FGB	FGC	FGD	FGE	FGF	FGG
A1 - Género						
Feminino	Masculino	Masculino	Feminino	Feminino	Masculino	Feminino
A2 - Idade						
26	27	19	21	22	41	39
A3 - Contexto profissional						
Estudante	Trabalhadora- estudante	Estudante	Estudante	Estudante	Trabalhador- estudante	Trabalhador- estudante
A4 - Residência						
Funchal	Funchal	Funchal	Machico	Funchal	Funchal	Funchal
A5 - Habilitações						
12 Ano	12º Ano	12º Ano	12ºAno	12º Ano	Licenciatura	12º Ano

B - Caracterização da SCeE

B1 - Conceito de SCeE

FGA	FGB	FGC	FGD	FGE	FGF	FGG
(...) “<u>momento de bastante pressão para os alunos, às vezes posta assim de repente, sem uma preparação prévia ou um aviso de como é que irá decorrer</u>” (...) “realmente é um espaço para os profissionais treinarem técnicas, treinar em cenários, para ajudar na sua prática clínica”.	(...) “<u>uma pressão muito grande por parte de alguma coisa que a gente não está à espera</u> (...) já conta para a <u>avaliação</u> e já começamos a ter uma pressão muito alta”.	(...) “<u>nós nunca tivemos aquela preparação, simplesmente disseram, “vocês têm de saber este, este e este conhecimento” e com aquela prontidão</u>”.	(...) “<u>senti-me perdido</u> (...) <u>contudo esse sentir-se perdido também é bom para nós, analisamos as falhas e onde é que temos de apostar mais no estudo e na prática clínica em si</u>”.	(...) “<u>pressão de ser constantemente questionados durante o momento</u> (...) a pressão em si de ter o utente, que é normalmente o boneco, mas estar a falar, estar a se queixar, estar os monitores a apitar, e depois <u>somos constantemente questionados</u>, o que gera mais pressão”.	“(...) vamos para lá, mas nunca sabemos o que é que vai acontecer lá dentro e <u>somos bombardeados, nem temos aquele tempo para pensar</u>” (...).	(...) “<u>O facto de não sabermos muitas vezes o que é que será a prática acaba por nos deixar muito à nora daquilo que vai acontecer e faz com que, quando somos confrontados com as perguntas que o professor vai fazer, ficamos sem saber dar resposta</u>”.

B2 - Ambiente da SCeE

FGA	FGB	FGC	FGD	FGE	FGF	FGG
“(…) CSC contém um manequim mais otimizado e um computador <u>que realmente permite fazer todas as alterações</u> ”.	“ <u>O CSC é bom para os alunos, porque sim, nós conseguimos ouvir alguns sons para auscultar, ver as simetrias</u> ” (…)	“(…) <u>uma coisa que eu achei bastante interessante foi o facto, por exemplo, na avaliação física, na parte da respiração, as pessoas às vezes falavam, e diziam vocês têm ainda de avaliar a simetria do tórax, auscultar os sons e aqui nos simuladores da escola, nos laboratórios, não dá esta interação</u> ”.	(…) “ <u>curso baseado em evidência, acho que devíamos ter mais práticas no CSC porque a gente quando sai para a prova em si, no centro hospitalar ou centro de saúde, seja onde for, a gente sente falta do toque</u> (…)	“(…) <u>o ambiente em si é promotor da aprendizagem, sem dúvida, concordo com isso, a forma como foi feito e da minha experiência, que só lá estive uma vez, acho que foi limitado</u> ”.	(…) “ <u>e vou ser sincero, a minha experiência lá no CSC acho que não ganhei nada que não tivesse feito aqui no laboratório de baixa-fidelidade. (...) fiquei foi um bocado a nora lá dentro</u> ” (…)	(…) “ <u>para nós aprendermos, podermos ter realmente o contacto com a simulação, para quando nós chegarmos à nossa prática podermos atingir a excelência (...) deveria ser momento de maior aprendizagem, de maior conhecimento, e não ter aquela pressão de estar a ser avaliado</u> ”.

B3 - Características dos simuladores na SScE

FGA	FGB	FGC	FGD	FGE	FGF	FGG
“(…) <u>com o manequim que temos cá no laboratório académico, realmente, havia uma necessidade de os atualizar (…)</u> porque <u>há alguns que já não conseguem dar resposta</u>”.	“Quanto aos <u>simuladores de baixa-fidelidade, já estão a precisar de uma reforma.</u> Nós, quando vamos chegar ao pé do simulador já sabemos o que é que vamos fazer, porque <u>já tem sinais de uso intensivo (…)</u>”	(…) “<u>mas já lá no centro da simulação, foi uma experiência de aprendizagem, eu senti também que aprendi melhor, porque realmente nós conseguimos ver o tórax e conseguimos auscultar</u>”.	---	---	(…) “<u>nem sabia o que é que era o monitor, estava uma televisão atrás de mim, não conhecia o espaço em si e, portanto, nisso eu acho que este fator externo acabou por interferir na minha aprendizagem lá</u>” (…)	“(…) como primeira vez que fui ao CSC, <u>claro que é sempre diferente ter aquele contacto direto com aquele manequim, que acaba por nos dar algumas respostas àquilo que estamos a fazer, e o meu caso foi o DPOC e tive essa aprendizagem, consegui verificar muito bem, foi muito bom</u>” (…)

B4 - Aprendizagem desenvolvida no ambiente de SCeE

FGA	FGB	FGC	FGD	FGE	FGF	FGG
“(…) ajuda realmente muito a percebermos a forma como podemos manusear alguns instrumentos e como podemos abordar a pessoa, <u>portanto, fazê-lo no manequim em ambiente controlado é sempre uma mais-valia para aprender</u>”.	“<u>Sim, o ambiente torna-se promotor da aprendizagem e tudo mais, mas eu falo por mim, os estudantes vão com muita ansiedade para o CSC, mesmo aqui nas aulas, quando são as provas práticas</u>” (…)	(…) “<u>nós ficamos baralhados, por isso era um ambiente com uma desorganização, e em termos de aprendizagem acho que podíamos ter aproveitado muito melhor o espaço</u>”.	(…) “<u>lá temos um enfermeiro pronto para ajudar, com experiência na orientação de estágios, tanto no centro de simulação como na prática, e faz, então a ponte essencial para nós enquanto alunos</u>”.	(…) “<u>acima de tudo, momentos de aprendizagem, em que nós vamos fazer aquilo que nós sabemos e vamos ver a diferença para aquilo que é esperado, e acho a SCeE uma boa medida para a nossa aprendizagem</u>”.	“<u>O CSC é importante para a nossa aprendizagem, é um ambiente controlado (…)</u> apesar de tudo estamos com uma certa pressão, seja <u>para avaliação, seja por outras razões, como não saber o que se vai passar ali, por não conhecermos o espaço físico, o caso, etc... e é um recurso importante para a nossa aprendizagem</u>”.	(…) “<u>falando com outros profissionais com o curso há mais anos, dizem que não havia a SCeE (…)</u> <u>para nós é uma mais-valia haver, vamos mais bem preparados porque temos esse contacto, apesar de não ser igual</u>”.

B5 - A SScE transformadora do conhecimento

FGA	FGB	FGC	FGD	FGE	FGF	FGG
“(…) <u>ajuda muito ter um enfermeiro que esteja na prática, que também nos oriente nas coisas como são feitas</u> (...) não há uma resposta certa, podemos optar por várias vias”. “(…) ter um pouco mais de práticas relativamente aos procedimentos básicos”.	“(…) <u>se nós erramos, a simulação interrompe, e muitas vezes isso é mal para nós, é preferível continuar até o fim, e só no fim termos um feedback do que é que foi bem feito e o que não foi</u> (...)”.	“(…) <u>mas não sabíamos o que é que íamos fazer em concreto no CSC. Sabíamos que tínhamos aquela situação, mas o que é que era para fazer, como é que nós tínhamos de agir?</u>”	---	“(…) <u>quem vai pela primeira vez e que não conhece aquele espaço, nós acabamos por estar perdidos lá dentro, e isso acho que interfere muito com a aprendizagem e com aquilo que nós fazemos e com aquilo que nós aprendemos</u> (...)”.	“(…) <u>veremos não uma técnica só em específico, mas nós termos uma visão mais global, como nas práticas laboratoriais em que, para além de treinar certa técnica, nós englobarmos mais coisas, como diagnóstico de enfermagem, atender a família, a alta, atender isso tudo e acho que a aprendizagem está nisto tudo</u> (...)”	“(…) <u>aquilo é um manequim, mas é uma mais-valia para nós que vamos muito mais bem preparados e podemos ali simular diversas situações e acho que isso é muito bom</u> (...)”

B6 - Inovação no ambiente de aprendizagem na SCeE

FGA	FGB	FGC	FGD	FGE	FGF	FGG
“(…) <u>inovação, em termos de ambiente de aprendizagem, porque é uma coisa realmente fora do contexto do ambiente da sala de aula</u> (...) tem uma implicação mais prática (...) mobilização de conhecimentos apreendidos”. “(…) se calhar, investir um pouco mais do seu conhecimento para a realização do caso”.	---	---	“<u>Sim, eu acho que é inovador, como complemento ao trabalho dos professores nas aulas teóricas</u>”.	(...) “<u>já temos o caso, podemos só ver por alto, tipo, o que pode ser apresentado, mas não, conhecemos onde vamos estar, o que vamos fazer, o que vai ser apresentado, e pronto, ficamos aqui no meio para executar a prática</u>”	---	---

B7 - Parcerias das estruturas académicas com a comunidade de profissionais em SCeE

FGA	FGB	FGC	FGD	FGE	FGF	FGG
(...) “ <u>realmente o CSC fica um pouco a desejar quando se vê a pouca utilização que tem sido dado e, se calhar, podíamos enquanto futuros profissionais também ter este olhar atento e tentar arranjar formas e alternativas para que fosse utilizado cada vez mais, para treinar cenários</u> ”.	---	---	---	(...) “ <u>sem dúvida é uma mais-valia, mas sim, aquele facto de ter mais inovação ou estar mais atualizado seria muito melhor e, também, o facto de nós sermos mais convidados a ter práticas lá</u> ” (...)	---	---

B8 - Práticas educativas desenvolvidas na SCeE

FGA	FGB	FGC	FGD	FGE	FGF	FGG
“ <u>Exposição de conteúdos e simulação de resolução de um caso clínico</u> ”.	---	---	---	---	---	---

C – Caracterização da prática da SCeE

C1 - Sentimento de apropriação na elaboração do projeto da SCeE

FGA	FGB	FGC	FGD	FGE	FGF	FGG
<i>“(…) <u>evidenciadas coisas as quais nós não estávamos preparados e nem estava descrito no guia do próprio caso, ou seja, incluem matéria ou coisas que, pronto, somos apanhados ali</u>”.</i> <i>(…) “<u>realmente se o estudante é o foco e o motor da aprendizagem, ficamos um pouco a desejar, porque é nos dado um caso, mas não temos a noção do que temos de fazer</u>”.</i>	<i>“<u>Sendo o estudante o principal foco, acho que há uma falta de organização, tanto por parte do estudante, como por parte dos professores, na entrega do caso.</u></i> <i>(…) <u>não dizerem ao certo o que é que pretendem com ele, simplesmente dão-nos o caso e referem vocês têm de saber atuar</u>”.</i>				<i>(…) “<u>como nós não tínhamos experiência, eu acho que não fomos tidos, e não estou a fazer aqui uma crítica, estou só a constatar algo, é que nós não tínhamos experiência, não tínhamos nada, os casos foram-nos dados e eram dois casos e tínhamos de estudar aquilo, portanto, era a primeira vez (…)</u>”.</i>	

C2 - Modelos de suporte para a simulação clínica

FGA	FGB	FGC	FGD	FGE	FGF	FGG
<i>Desconhece modelos de simulação clínica.</i>	<i>Desconhece modelos de simulação clínica.</i>	<i>Desconhece modelos de simulação clínica.</i>	<i>Desconhece modelos de simulação clínica.</i>	<i>Desconhece modelos de simulação clínica.</i>	---	<i>Desconhece modelos de simulação clínica.</i>

C3 - Contexto de simulação clínica

FGA	FGB	FGC	FGD	FGE	FGF	FGG
<i>Laboratório de simulação clínica.</i>	<i>Laboratório de simulação clínica.</i>	<i>Laboratório de simulação clínica.</i>	<i>Laboratório de simulação clínica.</i>	<i>Laboratório de simulação clínica.</i>	<i>Laboratório de simulação clínica.</i>	<i>Laboratório de simulação clínica.</i>

C4 - Preparação da SCeE e *prebriefing*

FGA	FGB	FGC	FGD	FGE	FGF	FGG
<u>“...não conhecemos o ambiente, do CSC nem há essa fase do prebriefing...”</u> <u>“Se calhar, se houvesse um momento prebriefing em que o estudante tem 10 minutos para entrar na sala, olhar, ver o material que existe, reler o caso olhando para o manequim (...) seria mais proativo em colocar questões e ser muito superior ao que realmente temos neste momento”.</u>	<u>“Isto do prebriefing devia haver, porque depois, numa das simulações em que eu fui sujeito, chegamos lá e o material que lá tínhamos, nunca tínhamos visto, nem mesmo nas aulas práticas”.</u>	<u>“(...) prebriefing em todas as situações, ou uma visita antes de cada situação clínica (...) promove não só a nossa aprendizagem, mas toda uma organização entre os estudantes na realização da SCeE”.</u>		<u>“(...) eu lembro de ter este momento prebriefing, mas foi tipo um minuto para ver os materiais (...), se tivesse realmente o tempo necessário para ver e conhecer os materiais (...) para começar o caso, seria melhor”.</u>	<u>(...) “não conhecer o espaço é uma das dificuldades de lá dentro e, eu só tive uma experiência no CSC (...) foi sem conhecer o espaço”.</u> <u>“Portanto, eu nem sabia onde é que estavam as coisas (...) teve repercussões na minha prestação”.</u>	

C5 - Fase de *briefing* na SCeE

FGA	FGB	FGC	FGD	FGE	FGF	FGG
(...) “<u>conhecimento sobre o caso, nós temos o problema de algumas informações que se calhar poderiam ser utilizadas como guia para depois quando fosse o briefing, seria muito mais, digamos, automático</u> (...)”.	“(...) <u>simplesmente recebemos um guião e só quando começamos a simulação deram-nos dois minutos já ao pé do simulador, já a sermos avaliados, deram-nos dois minutos para lermos e começar a trabalhar a partir daí</u>”. “São momentos de atenção e de ansiedade, fazendo isto nós ainda ficamos mais baralhados e acabamos por estragar a SCeE, deixa de ser aprendizagem”.	(...) “<u>não nos deram o caso, o que nos deram simplesmente foi um guião com duas situações, em que nós tínhamos que estudar essas duas situações, e na hora, quando nós estamos já no CSC, é que nós sabíamos qual é que ia ser o nosso caso</u> (...)”.				“(...) <u>eu senti dificuldade, principalmente quando fui confrontada para o que é que servia aquele medicamento, um medicamento que eu nunca tinha ouvido falar, e como é óbvio não ia dizer que sabia</u> (...)”

C6 - Experiência educativa com o participante simulado na SCeE

FGA	FGB	FGC	FGD	FGE	FGF	FGG
“(…) Realmente nós tivemos uma oportunidade de fazer, quer a construção do caso, a resolução do mesmo, e depois também a parte dos <u>diferentes intervenientes, quer da parte do enfermeiro, a família e a pessoa envolvida e, realmente, foi bastante produtivo essa dinâmica, essa abordagem, para além de sermos nós conhecedores do caso que estávamos a descrever</u>”.	(…) “<u>Era preferível ter um enfermeiro mesmo ou o professor naquela situação a responder aos alunos, era mais benéfico para nós do que estar um estudante no lugar do enfermeiro sem saber o que responder</u>”.	---	(…) “<u>concordo que a gente envolva outros participantes, porque nós, enquanto simulamos de enfermeiro temos que ver o <u>utente de uma forma holística, e a família entra aqui, a gente às vezes somos meio atrapalhados e com o agravamento da situação, a gente está sempre com o foco no utente, e esquece da família, mas a família também é importante</u></u>”.	---	“(…) <u>ver o que é que se estava a passar à volta e envolver a família</u>”. O familiar está presente neste caso, que intervenções é que podem ser feitas?”, por exemplo, o familiar tinha se instruído para fazer isto, aquilo, não dar água, e isso é importante, <u>tiramos um bocado o foco só do doente</u>”.	---

C7 - Experiências e vivências na SCeE

FGA	FGB	FGC	FGD	FGE	FGF	FGG
(...) “concordo com o facto de contribuir sem dúvida para a aprendizagem e a mobilização de todos os conhecimentos”. (...) “às vezes vamos para lá sem saber e fazemos as coisas um pouco a medo (...) a nossa prestação não é aquilo que é o reflexo realmente do estudante que tem um ano inteiro a estudar e que sabe as coisas, mas ali naquela pressão por vezes não resulta”. “(...) <u>realmente ajuda-nos a ter mais destreza, a olhar o utente realmente como nos tem sido ensinado, de forma holística e, portanto, atender a tudo</u>”.		(...) “<u>Eu acho que a preparação deveria ser mais centrada na simulação em si, e não tanto no conhecimento,</u> (...) há uma imposição do professor para os estudantes saberem aquilo e isto”. (...) “houve ali umas falhas, nomeadamente fazer perguntas sobre a medicação quando estes medicamentos não tinham sido dados para o aluno se preparar”.		(...) “é assim, o centro de simulação <u>ser só como avaliação</u> é o que nós, como estudantes, <u>achamos que faz pressão e não acaba por ser benéfico</u>”.	“Eu acho que os constrangimentos no CSC <u>nem foi por causa da avaliação</u> (...) <u>como um momento de aprendizagem, teve ali umas lacunas que eu espero para a próxima que estejam resolvidas para desfrutarmos do CSC</u>”.	“(...) <u>quando lá fôssemos, não estarmos sempre sob avaliação e sim ao contrário, os professores também nos ajudarem no sentido de nós termos uma melhor aprendizagem, não sentirmos aquela pressão de estar a ser avaliado</u>” (...).

C8 - Contributos da fase *debriefing*

FGA	FGB	FGC	FGD	FGE	FGF	FGG
(...) <u>“discutimos o caso, o que é que podia ter sido feito de outra forma ou não. (...) nós estudantes é que estávamos a discutir um pouco o caso e o que é que podíamos ter feito de forma diferente, mas sem aquele suporte e sem o apoio do professor (...) fica às vezes um pouco a desejar essa etapa, que eu considero ser, se calhar, a etapa mais importante”.</u>	(...) <u>“depois, no fim da simulação, não haver um feedback, isto está errado”</u> (...) <u>“não há nada disso, simplesmente dizem: vão para casa, façam o diagnóstico e enviem-me até à meia-noite ou até o dia a seguir”.</u>	(...) <u>“nós tivemos essa etapa, tivemos o debriefing, em que a professora explicou o que é que nós devíamos ter feito melhor, quais foram os passos que nós devíamos de ter feito e não fizemos, mas eu acho que uma das situações em que a professora podia-me ter falado era a parte dos diagnósticos e intervenções, essa parte não foi falada (...)”.</u>	---	---	<u>“(...) foi feito o debriefing (...) mais tempo para discussão dos casos, em vez de ser feito em 5/10 minutos, poderíamos levar 20 (...) ou seja, no debriefing acho que podia ter sido mais proveitoso, porque o caso merecíamos mais tempo para discutir”.</u> (...) <u>“seria proveitoso termos um feedback daquilo que se passou lá dentro para o nosso próprio aproveitamento escolar”.</u>	---

C9 - Resultados e ganhos com a SCeE

FGA	FGB	FGC	FGD	FGE	FGF	FGG
<i>“O <u>pensamento crítico</u>, apesar de ser às vezes um ambiente um pouco caótico (...) o estudante ganhar a <u>capacidade de argumentar melhor a sua posição face às respostas já quase dadas pelos outros participantes dentro da sala</u>”.</i>	---	---	<i>(...) “<u>trabalho em equipe, no sentido de cada um ter a sua função</u>, mas com auxílio no sentido de gerir o tempo. <u>Desenvolvemos também a técnica da comunicação que é essencial tanto para o utente como dentro da equipa</u>”.</i>	---	<i>“(...) <u>trabalho de grupo</u>”. “Em termos de envolvimento, ir ao CSC e ter o trabalho de grupo dentro da sala, foi mais enriquecedor, foi mais interessante, <u>não em termos clínicos, mas do trabalho e também de gerir expectativas, ansiedade</u> (...)”.</i>	---

C10 - Casos clínicos desenvolvidos

FGA	FGB	FGC	FGD	FGE	FGF	FGG
<i>“Sim, <u>realmente os casos são adequados</u>, porque a verdade é que nós fomos ao CSC duas vezes, foi uma vez para estes primeiros cenários de DPOC e AVC”.</i>	<i>“(...) a perceber que os professores usam <u>sempre os mesmos casos ao longo dos anos</u>”.</i>	---	---	---	<i>(...) “<u>acho que foram adequados</u> à nossa prática”.</i>	---

C11 - Papel do estudante na SScE e o seu bem-estar individual e coletivo

FGA	FGB	FGC	FGD	FGE	FGF	FGG
(...) “<u>deve ser planeado, deve ser feito com mais alguma cautela, que é para também o estudante que vai para lá não ser rotulado porque não sabe ou que não prestou atenção à aula</u>” (...) “disponibilizar tempo para discutirmos o caso com o professor”. (...) “<u>acho que é uma grande mais-valia termos um enfermeiro destacado no CSC</u>”.	(...) “ficamos <u>um pouco atrapalhados</u> (...) podíamos ter feito as coisas de outra forma, <u>que dicas é que o profissional de saúde que está lá pode dar aos estudantes na abordagem do cenário</u>, ou o próprio professor (...)”.	---	---	(...) “Mas, se for avaliação, mas tivermos tipo, anteriormente lá a treinar, <u>acho que tudo bem, porque nós conseguimos treinar e no momento fazer a avaliação</u>”.	“(...) tem de ser os professores a dizer quais são os casos, agora podem nos perguntar quais são as nossas maiores dificuldades (...) seria benéfico solicitar sugestões para a personalização dos casos. (...) <u>eu acho que esta técnica era importante de nós fazermos, e assim estávamos a participar no caso, mas claro, orientado pelos professores, acho que seria benéfico</u>”.	(...) “<u>se nós usássemos o CSC realmente para a aprendizagem, quando fossemos a ser avaliados seria muito mais fácil</u>, não havia tanta pressão, não havia tanto medo daquele momento da avaliação, <u>porque já estávamos preparados, tínhamos maior contacto com o meio e seria sim, realmente, uma mais-valia</u> (...)”.

C12 – Subcategoria planeamento participativo do estudante na SCeE

FGA	FGB	FGC	FGD	FGE	FGF	FGG
<i>“e acho que aqui o <u>mais importante é inserir o estudante na discussão do próprio caso</u>, porque as vezes são cenários novos, as vezes é um caso ao qual não estamos tão habituados, nem temos tanta informação quanto isso, e ter um tempo em que é dado ao grupo de estudantes que vai participar no cenário, poder discutir o caso com o professor, <u>ajuda também um pouco a clarificar algumas coisas e preparar melhor os estudantes para a SCeE</u>”</i>	---	---	---	---	---	---

C13 - Espaços democráticos e cultura da prática simulada

FGA	FGB	FGC	FGD	FGE	FGF	FGG
<i>Não houve essa discussão</i>	<i>Não houve essa discussão</i>	<i>Não houve essa discussão</i>	<i>Não houve essa discussão</i>	<i>Não houve essa discussão</i>	<i>Não houve essa discussão</i>	<i>Não houve essa discussão</i>

D - Inovação e investigação na SCeE

D1 - Investigação e parcerias na SCeE

FGA	FGB	FGC	FGD	FGE	FGF	FGG
<i>“em termos de avaliação e de investigação, acho que <u>era muito benéfico alguns estudantes</u>, após terem participado e já terem tido esta experiência, (...) participassem em estudos de investigação feitos pelo CSC”</i> <i>“<u>realmente podemos dizer que tem algum impacto positivo, mas que tenha ouvido falar deste estudo ou que sei que alguma coisa está a ser feita, não</u>”.</i>	<i>“<u>Nós escrevemos o nosso e-mail e até o dia de hoje nunca recebemos qualquer</u> questionário, e já fui lá três ou quatro vezes, por isso”.</i>				<i>“<u>sabemos que o CSC é importante na investigação e no treino dos profissionais, mas confesso que não pesquisei mais sobre isso</u>”.</i>	<i>“só fomos uma vez ao centro de simulação, não tivemos essa oportunidade de discutir, de saber de outros casos, mas <u>sem dúvida seria bom nós podermos partilhar os nossos conhecimentos com outras escolas</u>”</i> <i>“<u>Não houve oportunidade para estudos de investigação</u>”.</i>

Apêndice 8 | Transcrição do *focus group* aos enfermeiros recém-licenciados

Transcrição do *focus group* aos enfermeiros recém-licenciados

(duração 63 minutos)

Participantes: FGH; FGI; FGJ; FGN; FGO; FGR e FGS

FGI	FGH	FGJ	FGN	FGO	FGR	FGS
A1 - Género						
Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Masculino
A2 - Idade						
53	23	23	22	23	23	30
A3 - Contexto profissional						
Enfermeira	Enfermeira	Enfermeira	Enfermeira	Enfermeira	Enfermeira	Enfermeiro
A4 - Residência						
Funchal	Funchal	Funchal	Funchal	Machico	Funchal	Funchal
A5 – Percurso académico						
Licenciada	Licenciada	Licenciada	Licenciatura	Licenciatura	Licenciatura	Licenciatura

Investigador principal: Muito obrigado aos participantes por cá estarem. Eu iniciaria, então, o leque de questões começando por perguntar, na vossa opinião, como é que descrevem a simulação clínica em enfermagem?

FGO: Então, a simulação clínica em enfermagem é uma oportunidade que nós, enquanto estudantes, temos de nos aproximarmos um bocadinho mais do que vai ser a nossa prática no futuro, em termos de poder (pausa) de conseguirmos exercer enquanto estudantes de enfermagem, algumas técnicas que aprendemos a nível teórico, para não ficarmos só por aí antes de estarmos com pessoas reais.

FGI: A prática clínica é essencial porque nos treina para situações reais. Se nós não fizermos essa prática clínica, muitas vezes não sabemos o que fazemos e o cérebro não está treinado para isso, muitas vezes temos que treinar o cérebro para executar alguns processos de enfermagem que, se não tivermos essa prática, só ficamos com a teoria, e a teoria não tem o mesmo impacto do que a prática. É como se, eu aprendo fazendo, não só lendo.

FGH: Eu acho que a simulação clínica é um bom complemento sobretudo para o primeiro ano de curso, pois o primeiro ano de curso é muito teórico e ter ali uma componente mais prática e que envolva já a colocação desses conhecimentos teóricos adquiridos em prática, já

promove que o aluno consiga ver que tipo de lacunas ele tem o conhecimento e até a nível prático, e pensar de uma forma mais racionalizada como é que deve atuar.

FGJ: Bem, ao meu ver, a simulação clínica em enfermagem é algo que é muito importante, porque nos ajuda no processo de transição das aulas teóricas, para a universidade para o mundo real da nossa prática, pois nós temos um meio seguro orientado pelos nossos docentes e também por colegas com mais experiência, nos quais poderíamos começar a aplicar esses conhecimentos teóricos na prática, sabendo o que fazer perante certas situações reais e, desta forma, desenvolver o nosso raciocínio rápido perante certas situações.

FGS: Concordo com tudo o que os colegas disseram, mas na prática acho que temos pouca simulação clínica, porque o pouco que nós temos, até mesmo no centro de simulação, nós só temos uma oportunidade, e essa oportunidade restringe só ao momento de avaliação, nunca de treino, e acho que nós precisamos mais de treino e mesmo com simulador, para podermos adaptar a nossa prática quando formos, aí sim, para a prática clínica. Acho que nesse campo nós, a nível de estudantes, temos muito pouca prática para quando vamos para campo de estágio ou até mesmo a seguir para a vida profissional.

FGN: Eu concordo com a colega no sentido que, na simulação clínica, também só temos um tipo de simulação, enquanto na nossa prática nós podemos apanhar variadas situações que não estamos preparados porque nunca nos deparamos com aquilo, e talvez se houvesse mais variedade no início do curso ou até distribuir a prática pelos quatro anos, se calhar saíamos daqui mais preparados para aquilo que íamos encontrar na vida real.

FGR: Concordo com os colegas, eu não senti também, como é um momento de avaliação que nós temos ali no centro de simulação acabamos por estar muito mais nervosos. Acho que a nossa prática nas salas que nós temos aqui na universidade não coincidem com o que nós vamos encontrar ali, porque são bonecos que não nos dão resposta, por assim dizer. No centro de simulação temos pessoas reais a controlar um boneco, que já têm a sua experiência e sabem como é que é uma pessoa em situação crítica, iria reagir e nós ficamos sem essa perceção quando temos a prática clínica aqui com as nossas salas. Portanto, eu acho que devia de haver não só a avaliação, mas sim um pouco mais de prática no centro de simulação em si, para termos uma noção mais real, o mais aproximada possível da realidade.

Investigador principal: Vocês claro que falaram aí que havia uma simulação numa vertente avaliativa e não prática. Usa-se muito na simulação a questão dos simuladores, isto é, os manequins. Qual é a vossa opinião sobre a utilização dos manequins para o conhecimento e para a vossa preparação, para a vida profissional?

FGS: Acho que é uma prática bastante coesa e que nos ajuda a seguir a aproximar mais da realidade, como a colega disse. Só que vai através de encontro a um inicial, nós temos pouco essa prática, até mesmo depois de sermos profissionais, existem várias áreas que nós ainda não temos bases suficientes para intervir na realidade. Eu acho que isso também é uma lacuna de alguns serviços, não fomentar a parte da simulação clínica através dos manequins, para nos poder aproximar cada vez mais dessas situações, à realidade.

FGN: Eu acho que embora tenhamos essas práticas com os manequins e tudo mais, depois nunca conseguimos simular aquela parte humana, por exemplo, nas técnicas, nós aqui treinamos técnicas, mas depois nunca treinamos a relação com o utente durante estas técnicas, enquanto, se calhar, se no centro de simulação tivéssemos manequins mais avançados, poderíamos treinar essa parte e acho que fica um bocado aquém do que deveria ser treinado.

FGI: Eu não sei se era possível, mas por exemplo, em alguns cursos os alunos têm logo contacto com os utentes e começam logo a praticar com os utentes. Neste sentido, praticar não é no sentido pejorativo, é o que a colega está a dizer, essa comunicação. Eles começam logo com os utentes a fazer isso, por exemplo, nos dentistas eles começam logo a entrar em contacto com o utente, a praticar e a fazer essas intervenções mais precocemente do que nós, nós começamos a fazer muito tecnicamente. Quando vamos para os estágios, nós começamos a fazer tudo muito mais técnico do que a comunicação ou a relação interpessoal que temos com o utente. Em relação aos manequins, é o que o colega está a dizer, eles são úteis porque nos ajudam a ter uma forma humana ali e que nos auxiliam a ter uma ideia do que é que temos que fazer quando tivermos uma pessoa à frente, mas falta a resposta, o feedback da pessoa em relação àquilo que estamos a fazer. Muitas vezes o que os clientes reclamam nem sequer é os nossos procedimentos, mas sim a forma como os tratamos, e aqui, isso nos manequins não há essa relação.

FGH: Eu acho também que os manequins fazem, quando vamos para uma simulação clínica, fazem-nos imaginar já na prática aquilo que vamos encontrar em concreto, mas nem

sempre o manequim corresponde à estrutura corporal de uma pessoa, essas estruturas também vão se modificando e as pessoas têm outros tipos de patologias, e às vezes para nós o que era mais fácil, por exemplo, encontrar num manequim e fazer no manequim, às vezes será mais difícil fazer noutras pessoas que tenham outras composições corporais e outros tipos de patologias.

Investigador principal: Muito bem. Mais alguém sobre este tema? Bom, fala-se muito hoje em dia na simulação clínica ser um ambiente para aprender inovador. Qual é a vossa opinião sobre a simulação clínica ser inovadora? E justifiquem essa vossa opinião.

FGR: Pessoalmente, a primeira vez que eu fui ao centro de simulação, aquilo foi totalmente diferente do que temos na universidade, eu fiquei espantada, porque lembro-me, num dos cenários conseguíamos ver mesmo as respirações, o movimento dos manequins em si, o som, e de facto é uma coisa totalmente diferente do que nós temos aqui com os manequins, mas pronto, que estão ali e não nos dão aquela perceção de vida, por assim dizer, de movimentos, de saber o que é que podemos encontrar, o que é que não podemos encontrar, e de facto é bastante inovador. Eu acho que estamos cada vez mais a evoluir nesse sentido, o que falta é aquela coisa, é um bocadinho mais de prática nesses simuladores (pausa) os que temos cá agora também nos preparam, mas é a tal coisa, a nível técnico. Num simulador do centro de simulação, com toda aquela tecnologia, conseguimos ter um bocadinho mais de pressão, ajuda a parte relacional, só que como é um momento de avaliação, eles acabam por ter a noção que nós não temos, somos alunos sem experiência, claro que não vão exigir tanto isso de nós, porque estamos muito mais concentrados naquele momento de avaliação e aquilo que temos que fazer, aquilo que não temos que fazer. Portanto, acho que é um bocado mais de prática, para evoluir nesse sentido da inovação, do conseguirmos ir de encontro, também, ao que nos é pedido.

FGO: Concordando com o que a colega diz, em termos de precisarmos de mais simulação a nível do centro de simulação, eu acho que sim, a simulação clínica é inovadora em termos da prática de enfermagem, até porque, não descorando a parte de precisarmos de mais prática, eu acho que a prática que nós temos, pelo menos do que eu senti, o facto do manequim estar a ser comandado por alguém, no fundo também nos põe um bocadinho aquela pressão de, "Ok, isto não é só um boneco, ele precisa de resposta, o que é que eu tenho de fazer?", porque o enfermeiro que está por trás, ao mesmo tempo que nós vamos dando respostas, vai falando como se fosse mesmo aquela pessoa ali, e acho que é essencial

no sentido em que nos dá um bocadinho aquela noção de, "Ok, vou fazer uma técnica, mas está aqui alguém que precisa de uma resposta agora", e então acho que é inovador nesse sentido, termos noção que não estamos só a manipular coisas, estamos a manipular pessoas e precisamos de raciocinar.

FGJ: Eu tenho que concordar com o que as minhas colegas falaram, porque de facto também a minha primeira vez quando deparei com este centro de simulação, fiquei fascinada não só com o ambiente, com a disposição dos recursos materiais, mas também com o próprio manequim em si, e uma das coisas que mais me impactou foi quando recebemos um documento com o caso clínico, que em grupo nós analisamos, mas estávamos a nos esquecermos que o manequim estava a falar, que estava a precisar de nós naquele momento. Por isso, de facto, é importante termos mais contactos com o simulador, no sentido de nos prepararmos, que temos uma pessoa que precisa de nós agora e de conseguirmos colocar este raciocínio mais eficaz para gerirmos a parte "Ok, temos esse procedimento para fazer", mas também melhorarmos a nossa forma humana de abordar aquela pessoa, naquele momento.

Investigador principal: Ok. Passamos então para uma próxima questão. Dentro desta simulação que vocês falaram ser inovadoras ou não, conseguem fazer uma análise da diferença entre as práticas laboratoriais feitas no contexto académico e no centro de simulação? Qual é a vossa opinião sobre uma e outra?

FGH: Eu acho que principalmente, e entrando aqui também um bocadinho outra vez na parte inovadora da simulação, eu acho que a diferença principal de fazer práticas clínicas na universidade em comparação a simulações clínicas num hospital, resume-se principalmente ao critério de estímulo-resposta. Para cada estímulo que eu der ou cada ação que eu fizer, eu vou ter uma resposta na simulação clínica, e através dessa resposta, eu vou continuar a minha ação, já numa prática clínica universitária, eu tenho que imaginar várias respostas que este manequim pode dar, porque o manequim não pode falar comigo. E além disso, a prática clínica não tem profissionais por trás do manequim, profissionais que estão na área e que vão atuar e vão pôr mais situações que podem acontecer dentro daquela situação.

FGS: Em comparação à prática clínica na universidade e a prática clínica no centro de simulação, nós na universidade, a única coisa que nós fazemos são técnicas, na prática clínica no centro de simulação, para além das técnicas, nós temos a relação com o outro, e é

isso que nos falta no curso todo, a relação com o outro em todos os estágios que nós fazemos prática clínica, uns mais do que outros, e acho que a nível de prática clínica nós ainda temos muita teórica e pouca prática clínica, tanto cá na universidade, como no centro de simulação. A única vez que fomos ao centro de simulação foi no segundo ano (pausa - correção por parte de uma colega) quarto ano, ainda é pior, porque nós ao longo dos quatro anos precisamos da relação com o outro e isso só se vai adquirindo com mais prática e muitas das vezes só se tem essa prática quando já se está mesmo em campo de estágio.

FGO: Concordando mais uma vez em conta do que disseram, acho que também há uma grande diferença que é bastante triste ao meu ver, porque nós temos um centro de simulação que podíamos aproveitar imenso, e acho que ao longo do curso o centro de simulação para nós torna-se algo assustador por ser um lugar onde nós vamos só para ser avaliados, e podíamos ter uma outra abordagem, porque aqui nos laboratórios nós sabemos, "Ah, Ok, vamos ali, vamos praticar", é a tal coisa, temos um boneco que não nos vai falar, podemos fazer o que quisermos, depois vamos a um centro de simulação, onde realmente, como já foi dito, temos uma ação que depois vai ser condicionada a partir de respostas que nos vão ser dadas, que até pode nem ter nada a ver com o procedimento, porque a necessidade pode surgir de outra maneira e depois vamos sempre com algum receio já antes de ir para lá, já vamos nervosos, já vamos com medo e acho que podia ser tão bem aproveitado se não fosse só para carácter avaliativo.

FGN: Eu também, complementando o que a colega estava a dizer, eu também acho que o facto de nós acharmos o centro de simulação, assim, um lugar mais assustador é o facto de nunca nos habituarem a lá ir, por exemplo, aqui nós temos os laboratórios, sabemos que estão a nossa disponibilidade, podemos ir lá quando quisermos treinar e depois temos um momento de avaliação, ok, mas já tivemos n vezes lá fora o momento de avaliação. O centro de simulação, como só vamos lá naquele momento para ser avaliados e voltamos, nem temos oportunidade de explorar, tipo, os recursos, onde é que estão, o que é que não tem, o que é que podemos fazer, que respostas é que ele nos pode dar, eu acho que isso é o facto também de termos mais medo de lá ir, porque não estamos preparados para isso.

FGI: Eu concordo com tudo, só queria só acrescentar uma coisa que era, por exemplo, aqui na universidade, nós normalmente fazemos a prática individual, ou seja, normalmente nunca é em grupo, enquanto na simulação nós trabalhamos todos em grupo, ou seja, nós vamos para a simulação já com um caso e a trabalhar em grupo, normalmente aqui na universidade

é um aluno que vai fazendo as coisas, nós não discutimos o problema em grupo aqui na universidade e não temos uma equipa a resolver uma situação, ao contrário da simulação.

FGS: Complementando o que a colega disse, acho que isso também nos prejudica, porque nós na prática clínica, quando estamos em estágio, nós quando vamos para a realidade na condição de profissionais, a maior parte das vezes temos que tomar essa decisão sozinhos, podemos pedir a opinião a um colega, é correto, mas acho que aquilo é benéfico e não é, estarmos a fazer aquela simulação em grupo, porque também nunca vamos saber quais são as nossas expectativas e capacidades de intervir naquela situação.

Investigador principal: Mais alguém sobre esta questão? Bom, partiria então para uma questão muito objetiva. Na vossa opinião, os estudantes estão preparados para ir para a simulação clínica em enfermagem?

FGS: Não. Infelizmente não, porque é muito a parte da relação com o outro, é muito escorada através das nossas práticas clínicas, nós estamos preparados sim a nível de técnicas, não na sua totalidade porque também vamos adquirindo mais competência quando vamos realizando cada vez mais, mas a nível de impacto, quando nós chegamos ao estágio, à prática clínica em si, com a relação com o outro, nós quase que somos jogados aos leões sozinhos e é muito descorada a parte prática que nós temos cá.

FGI: É assim, eu acho que nós não estamos preparados, eu concordo, até porque só estamos mais ou menos preparados porque sabemos o que é que vamos lá fazer. Dos outros anos anteriores já nos disseram o que é que era, qual é o caso ou o que é que não é (risos). Por caso contrário, se aquilo tem isso ali de surpresa, nós não poderíamos fazer num período tão curto de tempo, teríamos que pensar mais e, se calhar, não tínhamos aquela facilidade que eu já vi em alguns colegas de grupo, e os meus colegas também, que chegam lá e despejam aquilo, já sabem o que é que vai sair, então aquilo é despejado automaticamente. Se calhar, numa situação real, em que nós não soubéssemos, nós tínhamos que estar a pensar exatamente o que é que havíamos de fazer.

FGO: Acrescentando ao que os colegas disseram, eu acho que uma coisa que nos condiciona muito também é o facto de, penso que é o que é disponibilizado, o tempo para as avaliações, e é claro que se aos professores é disponibilizado 5 horas, colocar 40 e tal estudantes a fazer uma avaliação em cinco horas, nunca nos vai dar tempo de processar um

caso como deve ser, porque nós, até pelo próprio professor, nós estamos sob pressão, porque temos de acabar em 10 minutos, e acho que se isso também fosse melhor estruturado, talvez nos daria também outra preparação.

FGJ: Bem, tenho que concordar com o que os colegas disseram, e infelizmente deparar-nos com a realidade, que os estudantes não estão preparados. Eu própria, perante esta primeira experiência, eu estava com algum receio, tendo em conta que era um momento de avaliação e era nos colocada aquela pressão que sabíamos que tínhamos certo tempo limite para aplicarmos aqueles conhecimentos e executar determinadas técnicas, relativamente àquela situação, e não nos permitiu desfrutar em si do ambiente e dos recursos que nós tínhamos à nossa volta. Por isso, eu sei que a nível de recursos, a nível de logística, é um pouco complicado, mas que deveria ser ponderado criar mais alguns momentos ao longo do curso de enfermagem para que os estudantes possam sentir mais confortáveis com este meio de simulação clínica.

FGI: A pergunta é se não é possível fazer aqui na universidade, mesmo não tendo aquela infraestrutura toda de lá, se calhar era possível fazer aqui, simular coisas aqui, e não é feito.

Investigador principal: Muito bem. Mais alguém sobre este tema? Dentro da simulação clínica fala-se em modelos, modelos que sustentam a forma como a simulação clínica é desenvolvida, e a forma como deve ser operacionalizada. Falaram em modelos de simulação clínica durante essa experiência de simulação clínica? (risos por parte dos participantes). E a vossa opinião sobre esses modelos para o desenvolvimento da aprendizagem?

FGS: Eu vou ser o mais sincero, não me recordo, não sei se as minhas colegas recordam, não me recordo de ter falado em modelos da simulação clínica, nem antes, nem depois. A única coisa que falaram foi, "Vamos ter uma simulação clínica e essa simulação clínica é avaliação".

FGH: Eu aqui concordo com o meu colega, eu também não me recordo de terem falado em modelos de simulação clínica, e a única forma que nós tivemos conhecimento dessas simulações foi por parte dos docentes, quando eram para ser feitas avaliações e num período quase já a terminar o curso, porque a simulação foi já no quarto ano, nunca nos falaram de simulações clínicas já nos primeiros anos (pausa) (colega comenta que já fizeram a simulação no segundo ano). Fizemos no segundo? Pelo menos que eu tenha, assim,

recordação (pausa) (colega comenta novamente que fizeram no segundo ano, com a professora X).

Investigador principal: Mais alguém sobre este tema? Ok. Eu volto ainda, então, a outras questões. Na vossa opinião, sabendo a experiência que tiveram na simulação, atuais profissionais de saúde, que ponto fazem sobre a aprendizagem que desenvolveram, que serviu para a vossa competência prática, dessa experiência que tiveram na simulação clínica?

FGR: Eu acho que é muito difícil de fazer essa ponte, no sentido de, foram tão poucas as oportunidades e o ambiente de avaliação mete-nos tanta pressão, que eu acho que é muito difícil dizermos, "Ah, eu de facto aprendi algo aqui que vou levar para a minha carreira profissional", porque eu ali estou em momento de avaliação, eu não sei se estou (pausa) no fim, vão me dizer, "Ah, fizeste isto mal, não sei o que, devias de fazer isto", mas não me dão mais formação no sentido de, "Não posso repetir isto" ou alguém me exemplificar sobre o procedimento correto, mas com as reações do manequim, da pessoa real que está a controlar o manequim, não é só me dizer, "Olha, a parte da técnica tem que ser melhorada, tens que ter mais atenção quando faz este procedimento, ter mais atenção a isto". É fazer a mesma coisa, ok, mas com as reações que uma pessoa real nessa situação teria. Portanto, não sei até que ponto é que eu digo que a simulação que eu tive no curso foi suficiente para eu levar aquilo para o meu futuro.

FGO: Complementando o que a colega disse, além de termos tido poucas oportunidades de simulação, tivemos situações muito específicas que eu me recordo, o AVC, DPOC e depois uma vítima a nível traumático. Eu, enquanto pouco tempo de prática, enquanto enfermeira, já me deparei com situações em que foi preciso agir rápido e nunca nenhuma delas tive em simulação clínica, e são situações (pausa) não AVC, não DPOC, mas que talvez se eu tivesse tido em simulação clínica tinha me dado um clique em vez de, por exemplo, ligar a um colega mais velho, "Olha, o que é que eu faço agora?".

FGS: Complementando o que a colega disse, é verdade, nunca vamos conseguir fazer simulação de todas as ocorrências que nós vamos apanhar, e a nível de emergências, mas com o curto espaço de tempo que nós temos de simulação, são dez minutos, e ser um carácter avaliativo não nos dá para proporcionar aptidões e competências para o nosso futuro como enfermeiros, porque é tão pouco e é tão stressante aquele momento que nós estamos

lá, que não vamos desfrutar daquele momento, nem vamos adquirir alguma competência ou capacidade para o futuro. Nós, a nível de estudantes e até depois a nível profissional, a simulação ia nos ajudar bastante se fosse implementado em prática clínica normal, em que tivéssemos muito tempo para a relação com o outro, termos respostas. E muitas das vezes nós vamos para lá já com casos atribuídos, se nós não fôssemos ia nos fazer raciocinar melhor e pensar em o que é que íamos fazer naquele caso específico, e é o que nós não temos, até mesmo a nível de emergências, ao longo do curso todo, nós não temos prática clínica que nos ajude em emergências para a vida profissional, que acho muito mal e acho que é uma lacuna do curso de enfermagem.

FGO: Eu até acho que nos beneficiávamos também de ter algumas práticas, não só com manequins, mas com pessoas, se fosse possível com alguns enfermeiros que já tivessem presenciado situações, onde nós pudéssemos ter nem que fosse a noção do que é levar um corpo de uma cama para o chão, para ter de atuar, ou mexer na pessoa e não estar só um manequim inanimado, termos noção do que é um peso morto de um corpo, também. Acho que isso também era fundamental para os estudantes que estão a começar agora.

FGI: Eu também não levei grande coisa da simulação, levei o facto de ter estudado antes para a simulação, isso levei, sinais, sintomas, o que é que devo fazer, mas em relação à prática não, porque aquilo nós não fazemos, fingimos que fazemos, fingimos que pomos um oxigénio, fingimos que pomos um cateter, fingimos tudo, portanto, é tudo muito fácil. A gente chega lá, "Já está o cateter, agora vamos pôr o soro a profundir, agora vai ser soro lactato porque ele está com hipovolémia, e é tudo assim, é tudo a fingir, nós não fazemos nada, no fundo, com alguma prática. O que nós levamos é o estudo que fizemos para chegar ali, aí eu levei, sem dúvida.

FGS: Concordo com a colega, mas eu acho que isso só acontece porque somos nós estudantes, porque quando é a nível de equipas, de enfermeiros ou de médicos, a fazer a simulação, eles colocam. Nós como somos muitos, íamos gastar muitos recursos (pausa) menos recurso, nós ficamos só com a parte do fingir, que nós a seguir, na nossa vida profissional, nós também vamos fingir na pessoa, não vamos inserir (risos).

FGN: Complementando também um pouco tudo que os colegas já disseram, eu concordo com o colega, é para não gastar tantos recursos, mas depois não pensam que na nossa prática, se nós não tivermos essa prática de fazer, vamos gastar os recursos na mesma, por

isso não é (pausa) e também eu acho que, por exemplo, nós (pausa) é como a colega estava a dizer, é assim, muito agudizados, nós nunca treinamos, por exemplo, o engasgamento, que ele pode ocorrer assim do nada, não treinamos isso, é só mais agudizados mesmo, doentes com trauma, DPOC, coisas que podem acontecer e podem nos calhar, mas podem nunca acontecer também na nossa prática, dependendo do contexto onde nós estamos a trabalhar.

FGO: Também ia referir, a nível dos recursos, eu nem sequer acho que fosse assim tanto um problema, porque sendo um manequim, acho que não haveria problema de usarmos todos o mesmo cateter, porque não vai ficar conspurcado com o sangue, ou usarem o soro que esteja vazio ou encher com água. Acho que haveria maneira de contornarmos essa situação, porque o manequim em si não vai ser conspurcado com nada, e depois completando o que a colega disse, acho que sim, que é essencial, porque como eu acho que todos os professores sabem, a maioria de nós inicia a nossa vida profissional com velhinhos, com idosos, e eu acho que há muitas situações que são possíveis de nos depararmos que ficam aquém, como a colega falou, engasgamentos, ou a nível de convulsões, por exemplo, que nós (pausa) Ok, não é tão específico como um AVC, mas que talvez quem nunca presenciou pode não saber o que fazer, ou lipotimia mesmo, coisas que parecem simples, mas que eu acho que quando somos nós a ter essa responsabilidade, parece que a pessoa está ali a morrer, e que até pode, mas talvez se já fôssemos preparados para isso, levávamos tudo com mais leveza, acho eu.

Investigador principal: Mais alguém sobre esta questão? Ok, voltando a falar um pouco sobre esta questão, hoje fala-se muito sobre o ensino ser muito centrado no estudante, isto é, o estudante ser alvo de um papel mais ativo, o principal alvo ativo do sentimento de aprendizagem. Qual é a vossa opinião sobre a envolvência como ex-estudantes, dos estudantes na simulação clínica? Até que ponto (pausa) em todas as etapas, e quando se fala nessas etapas, por exemplo, a etapa da preparação da simulação clínica, como é que o estudante é envolvido nesse processo, na vossa opinião?

FGJ: Bem, o que eu posso falar um pouco foi da minha experiência. De facto, foi-nos atribuído um caso sobre a patologia e especificidades daquele doente, então a nossa preparação era estudar aquela patologia, estudar as possíveis respostas e o nosso cérebro ficava formatado para as possíveis consequências que podiam advir desse caso, mas no entanto o estudante podia recorrer aos docentes, se tivesse alguma dúvida perante aquele caso ou algum conteúdo lecionado nas aulas teóricas ou nas aulas práticas, mas no entanto, eu acredito que de facto o estudante é aquele que tem que ter autonomia, ele é que

desenvolve o seu processo e tudo, mas eu acho que todo este processo devia ser mais centrado nas necessidades do estudante, e não no facto de ele ser o promotor da sua autonomia.

Investigador principal: Qual é a vossa opinião sobre, por exemplo, incluir os estudantes na própria construção dos cenários, por exemplo?

FGS: Acho que seria mais benéfico, porque nós não aprendemos só a fazer a simulação, nós também aprendemos muito quando estamos a preparar uma simulação, ou estamos a preparar um caso prático, isso aí ia nos ajudar a perceber melhor as patologias e tantos os sinais e sintomas daquela patologia, e também ia nos obrigar, entre aspas, a estudar sobre aquele conteúdo, e ia nos preparar não só para fazer a simulação clínica na sua avaliação, que foi com esse intuito que nós fomos lá, mas também o seu processo para chegar lá.

FGH: Eu acho que sim, eu acho que o estudante devia ser o agente principal no seu processo de aprendizagem, e também por uma questão de autoconhecimento, eu acho que todos auto nos conhecemos a nível de lacunas que nós temos, de dificuldades e o facto de conhecer essas dificuldades devia ser mais um motivo de impor essas dificuldades em simulações clínicas, e o poder optar, fazer simulações clínicas que trabalhem essas dificuldades.

FGO: E além disso, eu acho que o envolvimento dos estudantes na construção da simulação clínica pode ser fundamental para o próprio conhecimento dos materiais que são necessários. Ou seja, vamos preparar uma simulação para o engasgamento, Ok, precisamos de um aspirador, precisamos de um oxigénio, precisamos da máscara e só nessa preparação, talvez, já íamos começar a conhecer mais o que é que íamos precisar de usar, onde é que poderia estar, nesse sentido.

Investigador principal: Muito bem. Mais alguém sobre esta questão? Não. Todas as fases da simulação clínica, há uma fase que se fala que é o prebriefing, que é uma fase onde os estudantes são convidados, antes da própria simulação, a conhecer o ambiente, interagir com os meios. Foram aplicadas esta fase na vossa experiência, e sim, qual é a vossa opinião sobre a importância de um prebriefing antes da própria simulação?

FGS: Eu lembro-me de nós fazermos uma visita de estudo relâmpago antes de começar a simulação, que é onde estava as salas, o que era as salas, onde (pausa) acho que foi na nossa

primeira simulação clínica, que foi para lavagem das mãos, porque é muito importante nós irmos ao centro de simulação clínica aprender a lavar as mãos, é bastante importante (risos) nós não temos pias na Universidade da Madeira (risos) para a gente ter que gastar uma oportunidade, foi gastar uma oportunidade, e um momento de aprendizagem para fazer a lavagem das mãos, e acho que foi nesse momento que nós fizemos uma visita de estudo. Prebriefing não me lembro de ter feito, o pós-briefing fizemos, para dizer o que estava mal, que é a única coisa que nós sabemos fazer, é dizer o que está mal, não o que está bem.

FGN: Como o colega estava a dizer, eu também acho que não foi aplicada essa etapa durante as nossas avaliações, tanto que eu lembro-me que, quando fomos no quarto ano lá, era essa situação, de um doente que estava, pronto, agonizado e que era preciso ir buscar determinados materiais e nós não sabíamos onde é que estava, andávamos ali às aranhas à procura de um material, algo que se fosse na vida real, podia ser muito (pausa) podia ser prejudicial para o doente em si.

Investigador principal: Mais alguém sobre esta questão do prebriefing? Bom, de todas as fases e na percussão do desenvolvimento da prática, existe uma frase que é o briefing, que é onde é apresentado o caso e é explicado o caso. Como é que foi essa experiência e como é que sentiram os contributos dessa experiência para desenvolver competências para profissionais que neste momento são?

FGI: Eu acho que não nos apresentaram o caso, deram-nos uma folha e não nos falaram mais nada, deram-nos uma folha, "Este é o caso", e pronto, e nós olhamos para o caso, discutimos o assunto, e os que tiveram tempo foram ver matéria que tivesse relacionada, os que não tiveram, tiveram que entrar logo. O que eu me lembro foi assim (risos).

FGH: Eu acho que o briefing foi feito, sobretudo, por equipas, nós tínhamos equipas que iam ser avaliadas e o briefing era feito entre a equipa, o briefing não era propriamente feito com o professor, mas sim entre colegas, e então muitos colegas às vezes procuravam ajudar naquelas situações que eram propostas, e nós juntávamos quem tinha mais segurança e os que estavam mais nervosos.

FGN: O briefing era feito com os colegas que faziam a simulação, depois iam nos dizer, "Olha, aconteceu isto, não esqueçam de fazer aquilo, aquilo e aquilo", era mais ou menos assim.

FGR: Era isto que eu ia dizer (risos). Por exemplo, eu lembro-me que na prática clínica, no 4º ano, o meu grupo até foi o último, ou penúltimo, as pessoas saíam, os colegas saíam e iam dizendo, "Ora, aconteceu isto, isto e isto". Eu cheguei lá dentro (pausa) primeiro porque já tinha (pausa) todo o processo já tinha atrasado um pouco, cheguei lá dentro, deram-me uma folha, nós lemos, apesar de já está a termos, assim, uma breve noção, e os próprios profissionais que estão lá dentro sabem disso, quem estava lá para nos acompanhar era o enfermeiro do centro de simulação, eu já estava, "Bem, está bem, o que é que tu fazias nessa situação?", "Isto", "Ah, e qual é?", "Isto", eu nem cheguei a fingir. Eu disse o que é que eu ia fazer, o que é que faria naquela situação. Não houve momento algum de, "Já viram?" ou "Sabem o que é que iam fazer?", "É este o caso?", foi "Ok, pronto, vamos começar", e foi assim, começou, falei com as colegas antes, falei com as colegas depois e ficou por aí. Briefing depois, antes, ficou assim, Ok (risos).

FGO: Isto também eu acho que é uma coisa que nos prejudica, eu não tenho muita recordação de no segundo ano nós termos conhecimento dos grupos, com tempo suficiente de nos prepararmos com as pessoas que íamos trabalhar, porque por exemplo, como é normal nós sabermos, como a colega estava a dizer, que há pessoas que têm mais segurança e há pessoas que têm menos segurança, e isso na simulação acaba por ser notório, mas eu acho que se nós conseguíssemos ter (pausa) no quarto ano eu lembro-me que ainda tivemos tempo para nos prepararmos e tal, mas no segundo ano eu acho que não, o que é um pouco prejudicial para sabermos, "Ok, quais são as competências desta colega?", "Quais são as competências deste colega", "Ok, se ela é boa nisso, talvez vamos pô-la mais com destaque nisto para não ficar tão prejudicada noutra situação".

FGR: Eu acho que isto, dessa parte dos grupos, na vida profissional até que não era assim tão benéfico sabermos os grupos, como nós vamos para lá em momento de avaliação, sim, é benéfico que é para ninguém ficar prejudicado e aproveitarmos os pontos fortes de cada um, mas na minha vida profissional, se eu acabei de chegar à equipa, não conheço bem as qualidades, as competências dos meus colegas, nós vamos tentar falar entre nós e dizer, "Olha, eu fico com isto, você fica com este, eu fico com este", não é "Eu sei que tu és boa nisto", porque até que podem não me conhecer porque eu sou nova na equipa, eu vou ter que aprender a trabalhar com eles, independentemente se eu os conheço ou não conheço. Portanto, não sei até que ponto esta parte da equipa beneficia, é bom por ser avaliação, se não fosse avaliação eu acho que até não fazia muita diferença.

FGO: Eu acho que também condicionam bastante a nossa prática a nível do centro de simulação, no sentido em que quando nós não sabemos algum tipo de procedimento a realizar, condiciona-nos até chegarmos lá, mas eu acho que se tivéssemos também mais tempo e a liberdade de conseguirmos agir consoante as respostas que estamos a ter, Ok, se o doente chegasse à morte, pronto falhamos, mas eu acho que isso era bom também para nós sabermos o que ir fazendo e não estar sempre condicionado no sentido de, "Acha mesmo que é isto que têm de fazer? Eu acho que não". Deixarem-nos mais livres no sentido de conseguirmos agir por nós.

FGS: Complementando o que a colega estava a dizer, não nos dão margem para o erro, e nós aprendemos muito com os erros. Se nós errássemos mais, em nível de simulação clínica e prática clínica, ia haver menos erro quando nós estamos na prática profissional, e muitas das vezes o erro é benéfico, não é de todo mal errar.

FGI: O facto de ser tudo tão rápido em um período muito curto de tempo, o facto de ser poucas vezes que o fazemos, o nosso cérebro não está treinado depois para quando é na realidade. Nós temos umas ideias, mas não estamos treinados, ou seja, quando vamos ter de pôr em prática poderíamos estar muito mais confiantes e falta-nos essa confiança porque não praticamos o suficiente, nós não treinamos o nosso cérebro suficiente para quando for um caso real estarmos à vontade e utilizarmos o sentido crítico perante aquilo que estamos a fazer, isso não acontece.

FGS: Para não falar às vezes na pressão que nós temos do docente para não errar quando vamos ao centro de simulação, porque tem outros enfermeiros, isto chega a ser (pausa) por isso, a margem para o erro é mínima, quase nula, para não passar vergonha (risada por parte dos colegas).

Investigador principal: Mais alguém sobre este tema? Na vossa opinião, como é que analisam as características de interação, de relação, com todos os intervenientes nessa experiência de simulação? Estamos a falar de colegas, profissionais, professores, todos aqueles que são intervenientes naquele processo da vossa aprendizagem, como é que classificam esse ambiente?

FGS: É um ambiente hostil, porque por ser um momento de avaliação, o estudante quando vai para o centro de simulação não vai, nas suas capacidades, para voltar outra vez ao

mesmo, errar, e a interação com os outros colegas é um pouco sobre pressão, e depois com o docente é de não errar, com a enfermeira é de não ficar mal visto porque errei e não sabia responder àquela situação, não é um ambiente, assim, favorável de aprendizado, tanto que eu lembro-me vagas ideias de algumas coisas que foram feitas, mas se fosse um ambiente propício de aprendizagem, nós íamos ter em mente aquela simulação, íamos recordar cada passo, o que é que fizemos, o que é que não fizemos, o que é que erramos, o que é que não erramos, e não é um ambiente propício para a aprendizagem, por ser um momento de avaliação.

FGO: Eu acho que da mesma maneira que eu referi anteriormente, que nós tínhamos o centro de simulação como algo a ter medo ou algo assim, muito lá para cima, eu acho que nem os próprios professores parecem estar à vontade com o centro de simulação, pela maneira como nos abordam quando lá vamos. Como o colega referiu, não podemos errar porque vamos ao centro de simulação, não podemos errar porque temos enfermeiros a ver. Ok, aqueles enfermeiros também já erraram. Por exemplo, eu tenho a prática de 4º ano muito mais presente do que do 2º, porque, pelo menos no meu grupo, quem acompanhou foi um enfermeiro de lá e acho que a abordagem foi totalmente diferente do que quando foi uma docente nos anos anteriores, porque o enfermeiro parecia muito mais à vontade, deixou-nos mais tranquilos, pelo menos no meu grupo. E só referindo o que a colega disse anteriormente a nível das equipas, foi bastante pertinente, até porque nessa última prática, se nós tivéssemos tido mais tempo, talvez até o não sabermos antes tinha sido fundamental para na hora termos capacidade de decidir quem é que vai para o A, quem é que vai para o B, quem é que vai para o C, e não já irmos com tudo preparado e direitinho para quem está no A saber o que fazer, quem está no B saber o que fazer, isso na vida real não acontece. Eu na simulação fiquei no A, mas na vida real eu posso nem sequer chegar a tempo de ficar no A. Darem-nos tempo, de sermos livres para atuar numa situação, todos saberem tudo, claro, mas na hora sabermos definir papéis para uma situação real.

FGI: Eu gostei dos colegas, não tenho nada a dizer dos meus colegas, porque cada vez que saía um grupo eles tentavam alertar-nos para as coisas, porque sabiam que o tempo era curto e lá dentro era tudo muito apressado. Em relação aos professores, eu acho que, se calhar, da mesma forma que nós podemos melhorar, os professores também podem melhorar, se fizerem uma análise crítica ou perguntarem aos alunos o que é que acharam, se calhar, há sempre coisas a melhorar. Em relação aos enfermeiros que nos apoiaram, eu também lembro

do último ano, do quarto ano, e acho que o enfermeiro que lá estava dava-nos uma tranquilidade imensa. Quando nós não nos lembrávamos de alguma coisa, ele não cortava ou não criticava, e dizia, "Oiça, veja lá se não falta ainda", ou seja, levar o nosso raciocínio para o sítio correto, e é assim que nós aprendemos. Mas o que eu posso dizer, em termos gerais, é que a pressão é grande, porque lá tem que ser tudo muito rápido, porque temos um período de tempo para cumprir, dez ou o que, e temos um horário e tem que ser tudo a correr. Na vida real, se calhar, nós poderíamos conversar mais uns com os outros e ponderar mais aquilo que iríamos fazer numa situação daquelas, e ali não é possível.

Investigador principal: Mais alguém sobre este tema? Bom, dentro da simulação está previsto também, para tornar maior o realismo e também maior a abrangência, ter um participante simulado. Participante simulado é alguém que faz de mais um utente, alguém que faz de família, alguém que faz de outro profissional, alguém que faz de outro contexto, também pode haver na prática. Na vossa experiência, houve um participante simulado que ajudasse nesse enriquecimento e qual é a vossa opinião sobre a inclusão do participante simulado nas práticas da simulação clínica?

FGS: O que me lembro, o único participante que nós tivemos, era a voz que saía do manequim, não tenho recordação de ter alguém de fora ou mesmo familiar dentro da simulação, o que muitas das vezes é benéfico, tanto numa emergência vista na rua, como dentro de uma enfermaria em que esteja um familiar do próprio doente, ou outros familiares. Só a questão de pedir para sair, para nós conseguirmos avaliar a pessoa no seu todo, e que não consiga nos balizar ou interferir na nossa avaliação. Não me lembro de ter esse participante ao longo da simulação.

FGR: Eu acho que os próprios cenários que nós tivemos, não sei se dava mesmo para incluir esse tal participante. No quarto ano era uma situação quase como se fosse num serviço de urgência. Nós sabemos que aqui nunca vai um familiar até lá dentro. Talvez numa situação de AVC, no segundo ano, não sei, talvez desse para incluir, mas acho que os cenários que nos dão não conseguem até incluir esse participante. Se era benéfico? Era, porque nós na vida real lidamos muito com familiares, com outros profissionais, e pronto, é só quando começamos a vida profissional que temos de facto essa noção.

Investigador principal: Mais alguém sobre este tema? Bom, dentro das experiências há uma fase que é a fase do debriefing, que é uma reunião que se faz para falar sobre os aspetos

de aprendizagem relacionados com a experiência prática. Como é que foi essa experiência de debriefing?

FGR: Eu lembro-me que no segundo ano, de facto, foi feito, e eu lembro-me da professora (pausa) foi só com a professora, até, e a equipa, o nosso grupinho, ser falado dos pontos fracos entre os pontos fortes até, e o que é que poderia ser melhor na nossa prestação de toda a experiência. Mas no 4º ano lembro-me que já não foi feito, acho que com ninguém, acho que nenhum grupo fez, no quarto ano eu lembro-me que não aconteceu, acho que pelo tempo em si, mas isso já não aconteceu.

FGN: Embora, como a colega tenha dito, nós tenhamos falado dos pontos fracos e dos pontos fortes, vai de acordo ao que o colega disse, essencialmente não se focaram nos pontos fortes e em parabenizar pôr as coisas boas que tinham sido feitas, mas sim dar ênfase aos pontos fracos de uma forma que parecia que, por exemplo, falhar um passo de lavar as mãos era uma coisa que ia acabar o mundo, enquanto que, por exemplo, numa situação de emergência, muitas vezes nós nem temos tempo de lavar as mãos, a realidade é essa, não vai deixar uma pessoa que está em paragem para ir lavar as mãos, para depois começar a reanimação, não faz sentido, pronto, é isso.

FGI: Eu acho que o colega tem razão, mas eu percebo porque era o segundo ano e estávamos em pandemia, ou tínhamos acabado de sair, e a lavagem das mãos foi ali o assunto importante. Mas no debriefing nós fizemos os pontos positivos, negativos e o que é que sentimos quando estávamos na sala, as emoções que tivemos, e isso eu acho que na altura foi inovador, nunca tínhamos feito, mas também foi a única vez que fizemos (pausa). O que é que sentimos, se tínhamos sentido pressão ou não, se tínhamos bloqueado, se tínhamos (pausa) e isso é importante, porque falar nisso faz com que nós tenhamos uma perspetiva diferente depois, mas foi a única vez.

FGR: Só para acrescentar, eu acho que o debriefing, além de falarmos do que sentimos e assim, eu acho que também podia ter sido aproveitado para nos explicar um pouco mais sobre a situação em si, e dizer, "Olha, tiveram muito bem nesta parte, mas talvez corrigir", para eu saber numa próxima situação o que é que eu iria fazer, eu acho que, o que é que vocês acham que fizeram bem, o que é que fizeram mal, o que é que sentiram, pronto, Ok. Acho que falta um pouco de feedback sobre isso.

Investigador principal: Mais alguém sobre esta questão? Não. Ora bem, fazia uma pergunta muito objetiva. Olhando para a vossa experiência, que ganhos é que obtiveram com a experiência de simulação clínica em enfermagem?

FGR: Como eu já disse anteriormente (risos) ganhos, ganhos (pausa). Houve uma colega que disse que ganhamos pelo estudo que tivemos para nos preparar. Da simulação em si, muito pouco, porque foi uma avaliação, foram dez minutos, quinze, o que seja, não tivemos tempo para agir, para errarmos, para aprender naquele ambiente em si, portanto, pronto, ganhos, poucos. Tem potencial, tem, teria imenso potencial se houvesse mais oportunidades e que não fosse só em avaliação.

FGS: Concorde com o que a colega disse, tanto que acho que também é descorado um pouco o nosso terceiro ano, até mesmo para avaliação, a parte clínica, nós não fazemos quase prática clínica a nível do terceiro ano, nem no centro de simulação. Se eu não estou em erro, eu penso que tem puérperas e grávidas no centro de simulação, em que podiam nos ajudar para a prática clínica a seguir, e nós não vamos ao centro de simulação, e até nível de práticas clínicas, nós não temos manequins cá que nos simule a grávida e depois a puérpera, mas a nível de (pausa) pode repetir a pergunta?

Investigador principal: Experiências, no fundo, os ganhos obtidos.

FGS: A nível de ganhos, acho muito pouco os ganhos, visto ser só de avaliação. Tínhamos muito mais ganhos se fosse implementado o centro de simulação em mais momentos de aprendizagem.

FGI: Eu concordo com os meus colegas, até porque se foram dois momentos de avaliação, em quatro anos, foram vinte minutos, dez no primeiro e dez no segundo, portanto, se pensar comigo, o que é que nós vamos levar? Dez minutos no primeiro ano, em que uma parte foi a lavar as mãos, e do segundo ano e no quarto ano mais dez minutos numa avaliação de um doente com hipovolémia, já não lembro bem como é que era o caso, e 10 minutos.

FGH: Eu acho que não podemos dizer agora concretamente se essas simulações clínicas tiveram benefício para a nossa prática laboral de agora, porque foram muito poucas ou escassas. Talvez se nós tivéssemos tido mais práticas simuladas, como já foi referido, talvez tivéssemos tido mais ganhos para agora, na nossa forma de atuação, mas como tivemos tão poucas, não conseguimos nem dizer ou prever como é que seríamos agora a nível laboral.

Investigador principal: Mais alguém sobre essa questão? Uma pergunta muito objetiva, qual é a vossa opinião sobre os casos que foram apresentados e delineados na vossa experiência?

FGI: Eu acho que os casos foram interessantes, o primeiro era um AVC, ainda me lembro, portanto, foi interessante continuar a ser o tempo escasso, e faltar o sentido crítico para continuar a analisar o caso que tínhamos à frente, e o segundo foi um doente com hipovolémia traumático, então aí foi uma correria louca, porque éramos cinco lá dentro, em 10 minutos, um tinha que ficar com A ou B ou C ou D, e tínhamos que ficar todos a fazer tudo ao mesmo tempo e a dizer quase tudo ao mesmo tempo, foi mais ou menos assim. Mas os casos em si eram muito interessantes, tinham potencial para muita coisa, não foram explorados e foi em pouco tempo.

FGN: Eu em parte concordo com a colega, que foram casos interessantes, mas por outra parte discordo, porque para a nossa prática de agora, como a colega disse, que é maioritariamente idoso, acho que os casos que nós praticamos foram muito específicos e são casos que eu posso dizer, algo raros, devíamos ter praticado casos que acontecem mais no dia a dia e não situações tão críticas, agudizadas e específicas para determinados serviços e determinados ambientes.

Investigador principal: Mais alguém sobre esta questão? Pronto. Já está mesmo numa fase final, tinha uma última questão que era perguntar se houve, na experiência que tiveram, espaço para debater um pouco sobre a inovação associada à simulação ou a investigação associada à simulação, sobre a oportunidade de haver essa importância, de haver parcerias nesse sentido e qual é a vossa opinião sobre também incluir investigação, inovação e parcerias na área da simulação clínica?

FGS: Da mesma forma que não nos apresentaram os modelos para a simulação clínica, também não foi feita esta parte final a nível da investigação e por aí, porque baseou-se (pausa) e continuando sempre a bater na mesma tecla, baseou-se só no momento de avaliação, não em proporcionar ao estudante um momento de aprendizagem no centro de simulação, baseou-se só (pausa) o centro de simulação cá na universidade é só um método avaliativo e não é um método em que o estudante tem para uma aprendizagem diferente, não, e daí não nos apresenta (pausa) posso estar errado, desculpem, ou ao docente se eu enganei-me, mas não apresentarem os modelos, não apresentarem a nível dos benefícios da

simulação clínica e da investigação que é feita para a simulação clínica, não me lembro de ter se restringido só um método de avaliação, e aí não ser benéfico tanto para o estudante, nem dos momentos, nem das parcerias que poderia haver para o estudante, ou a seguir como profissional, se dirigir ao centro de simulação e pedir para praticar e evoluir a nível profissional e pessoal, não existir nenhuma forma desse método.

FGJ: Bem, tenho que concordar com o que o meu colega disse, porque também, de facto, quando foi abordada a simulação clínica no curso, eu não me recordo de ter sido explicado o que era, quais os benefícios para a nossa aprendizagem, mas sim, quando foi-nos apresentado o programa de uma certa cadeira da universidade, ser imposta, "Vocês vão ter um elemento de avaliação utilizado na prática que vai se passar no centro de simulação", isto é o que eu me recordo, para ser sincera. O que eu acho que vai existir potencial é o facto de haver parcerias entre o centro de simulação, mas também entre a universidade, nem que fosse para uma primeira instância, para haver uma troca de recursos materiais para que na universidade haja o mínimo de condições para que sejam refeitos mais cenários de simulação aqui, que penso que é um primeiro passo para que seja feita esta melhoria desta falta de contacto com este meio.

FGH: Na minha opinião, eu acho que as simulações clínicas são benéficas e, sobretudo, se houverem mais, como já foi dito anteriormente, seriam benéficas para esta área, especialmente da saúde, e a questão de ter também mais parcerias e também de outros contextos inovadores como, por exemplo, uma abordagem a um familiar, que não foi feito neste caso, eram tudo mais abordagens ao doente ou a vítima, é benéfico, e eu acho que tem pés para andar, e eu acho que a simulação clínica devia ser uma aposta para este ramo da área da saúde.

FGI: A única que eu li sobre simulação clínica foi na escrita académica de artigos que reunimos para escrever sobre a importância da simulação clínica, e esses artigos diziam que os alunos, quando faziam a simulação clínica, desenvolviam mais um sentido crítico. Na prática, quando tinham de executar alguma coisa, não tinham tanto receio, estavam muito mais à vontade e aqueles estudos levaram a que eles no futuro, a análise que fizeram era que eram melhores profissionais. Nestas simulações clínicas, e passando pelas urgências e passando pelos sítios onde eu já passei, e agora, como os meus colegas disseram, eu estive no Lar Vale Formoso, há uma coisa que todos os profissionais me disseram, principalmente nas urgências, que nós não temos que fazer coisas, isso é uma coisa que eu noto, porque

fazer coisas a gente acaba por fazer, o sentido crítico perante as coisas, "O que é que eu vou fazer e como é que eu vou fazer?", esse sentido crítico, "Numa situação destas, o que é que este doente pode ter, o que é que não pode ter, o que é que eu vou fazer?", isso a simulação clínica era extremamente importante, não era só o facto de fazer coisas, mas nós durante a simulação clínica podemos debater as coisas e levar a um raciocínio crítico perante aquelas coisas, e isso não é possível, não tem sido.

Apêndice 9 | Análise de conteúdo *focus group* aos enfermeiros recém-licenciados

Apêndice 9 - Análise de conteúdo *focus group* dos enfermeiros recém-licenciados

A - Caracterização dos entrevistados

FGI	FGH	FGJ	FGN	FGO	FGR	FGS
A1 - Género						
Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Masculino
A2 - Idade						
53	23	23	22	23	23	30
A3 - Contexto profissional						
Enfermeira	Enfermeira	Enfermeira	Enfermeira	Enfermeira	Enfermeira	Enfermeiro
A4 - Residência						
Funchal	Funchal	Funchal	Funchal	Machico	Funchal	Funchal
A5 – Percurso académico						
Licenciada	Licenciada	Licenciada	Licenciatura	Licenciatura	Licenciatura	Licenciatura

B1 - Conceito da SCeE

FGI	FGH	FGJ	FGN	FGO	FGR	FGS
(...) “essencial porque nos <u>treina para situações reais</u> ”.	“(…) <u>simulação clínica é um bom complemento</u> (...) <u>aplicação de conhecimentos teóricos adquiridos em prática</u> ”.	“ <u>SCeE é algo muito importante, porque nos ajuda no processo de transição das aulas teóricas para o mundo real, orientado pelos nossos professores e também por colegas com mais experiência</u> ”.	“ <u>O CSC como só vamos lá naquele momento para ser avaliados e voltamos, nem temos oportunidade de explorar os recursos todos, onde é que estão, ficam muitas questões por responder</u> (...)”	“(…) a SCeE é uma oportunidade que nós temos enquanto estudantes, com o <u>objetivo de aproximarmos um bocadinho mais do que vai ser a nossa prática no futuro</u> ”.	“(…) como é <u>um momento de avaliação, acabamos por estar muito mais nervosos</u> ”.	(...) “fomentar a SCeE através dos simuladores, para <u>aproximar cada vez mais das situações reais</u> ”.

B2 – Ambiente da SCeE

FGI	FGH	FGJ	FGN	FGO	FGR	FGS
		(...) “a minha primeira vez quando deparei com o CSC, fiquei <u>fascinada não só com o ambiente, com a disposição dos recursos materiais, mas também com o próprio manequim em si, e uma das coisas que mais me impactou foi quando recebemos um documento com o caso clínico, <u>mas estávamos alheios que o manequim estava a falar e que estava a precisar de nós naquele momento</u>”.</u>	(...) “<u>um lugar mais assustador é o facto de nunca nos habituarem a lá ir</u>”.	(...) “o <u>CSC para nós torna-se algo assustador por ser um lugar onde nós vamos só para ser avaliados, e podíamos ter uma outra abordagem, porque aqui <u>nos laboratórios académicos nós sabemos que vamos para ali praticar os conteúdos dados na sala de aula</u></u>”.		(...) “<u>CSC para além das técnicas, nós temos a relação com o outro, e é isso que nos falta no curso todo, a relação com o outro em todos os estágios que nós fazemos prática clínica</u>”.

B3 – Caraterísticas dos simuladores na SCeE

FGI	FGH	FGJ	FGN	FGO	FGR	FGS
<u>“(…) são úteis porque nos ajudam a ter uma forma humana e nos auxiliam a ter uma ideia do que é que temos de fazer quando cuidarmos uma pessoa”.</u>	<u>“(…) fazem-nos imaginar já na prática aquilo que vamos encontrar em concreto, mas nem sempre o manequim corresponde à estrutura corporal de uma pessoa”.</u>			<u>“(…) “CSC onde realmente, como já foi dito, temos uma ação que depois vai ser condicionada a partir de respostas que nos vão ser dadas, que até pode nem ter nada a ver com o procedimento, porque a necessidade pode surgir de outra maneira”.</u>	<u>“No CSC temos pessoas reais a controlar um boneco, que já têm a sua experiência como é que uma pessoa em situação crítica iria reagir”.</u>	<u>“Acho que é uma prática bastante coesa que nos ajuda a seguir e a aproximar mais da realidade”.</u>

B4 - Aprendizagem desenvolvida no ambiente de SCeE

FGI	FGH	FGJ	FGN	FGO	FGR	FGS
<u>“(…) treinar o cérebro para executar alguns processos de enfermagem que, se não tivermos essa prática, só ficamos só com a teoria”.</u>	<u>“(…) promove que o estudante consiga identificar as suas lacunas e conhecimento e, até ao nível prático pensar de uma forma mais racionalizada como é que deve atuar”.</u>	<u>“(…) aplicar os conhecimentos teóricos na prática, sabendo o que fazer perante certas situações reais e desenvolver o raciocínio rápido perante certas situações”.</u>	<u>“(…) nunca conseguimos simular aquela parte humana, por exemplo, nas técnicas, nós aqui treinamos técnicas, mas depois nunca treinamos a relação com o utente durante estas técnicas”.</u>	<u>“(…) a SCeE é inovadora em termos da prática da enfermagem, até porque, precisarmos de mais prática”.</u>	<u>“(…) eu acho que devia de haver não só a avaliação, mas sim um pouco mais de prática no CSC, para termos uma noção o mais aproximada possível da realidade”.</u> <u>“Portanto, não sei até que ponto é que eu digo que a simulação que eu tive no curso foi suficiente para eu levar aquilo para o meu futuro”.</u>	<u>“O centro de simulação, para além das técnicas, nós temos a relação com o outro”.</u>

B5 - SScE transformadora do conhecimento

FGI	FGH	FGJ	FGN	FGO	FGR	FGS
<u>“O facto de ser tudo tão rápido e com pouca frequência, o nosso cérebro não está treinado para quando é na realidade”.</u>	<u>“(…) a prática clínica não tem profissionais a controlar as respostas do manequim, profissionais que estão na área e que vão atuar e colocar cenários para desafiar o estudante”.</u>	<u>“(…) contactos com o simulador, no sentido de nos prepararmos para o atendimento à pessoa (…)</u> <u>raciocínio mais eficaz para gerirmos intervenção terapêutica.</u> <u>Otimizar a técnica e a componente humana”.</u>	<u>“(…) na SScE, também só temos um tipo de simulação, enquanto na nossa prática nós podemos apanhar variadas situações que não estamos preparados (…)</u> <u>talvez se houvesse mais variedade no início do curso ou até distribuir a prática pelos quatro anos, se calhar saíamos daqui mais preparados para aquilo que íamos encontrar na vida real”.</u>	<u>“(…) o enfermeiro que está por trás, ao mesmo tempo que nós vamos dando respostas, vai falando como se fosse mesmo aquela pessoa ali, e acho que é essencial no sentido em que nos dá um feedback da evolução clínica”.</u>	<u>“No CSC de alta-fidelidade com tecnologia conseguimos ter um bocadinho de pressão, ajuda a parte relacional, só que como é um momento de avaliação, eles acabam por ter a noção que nós não temos experiência e claro não vão exigir tanto de nós, porque estamos naquele momento de avaliação”.</u>	<u>(…) “mas na prática acho que temos pouca SScE, (…)</u> <u>restringe-se ao momento de avaliação,</u> <u>nunca de treino e acho que nós precisamos mais de treino”.</u>

B6 - Inovação no ambiente de aprendizagem na SCeE

FGI	FGH	FGJ	FGN	FGO	FGR	FGS
	“Para cada estímulo que eu der ou cada ação que eu fizer, eu vou ter uma resposta na simulação clínica, e através dessa resposta, eu vou continuar a minha ação”.	“(…) <u>com o simulador</u>, no sentido de nos prepararmos, que temos uma pessoa que precisa de nós agora e de conseguirmos colocar este raciocínio mais eficaz para gerirmos”.		(…) “então acho que é inovador nesse sentido, <u>termos noção que não estamos só a manipular coisas</u>, <u>estamos a manipular pessoas e precisamos de raciocinar</u>”.	(…) “eu fiquei espantada, porque lembro-me, <u>num dos cenários conseguíamos ver mesmo as respirações, o movimento dos simuladores em si, o som, e de facto é uma coisa totalmente diferente do que nós temos aqui com os simuladores de baixa-fidelidade</u> (...) é bastante inovador”.	

B7 - Parceria das estruturas académicas com a comunidade de profissionais em SCeE

FGI	FGH	FGJ	FGN	FGO	FGR	FGS
<i>Centro de simulação clínica.</i>	<i>Centro de simulação clínica</i>	<i>Centro de simulação clínica</i>	<i>Centro de simulação clínica</i>	<i>Centro de simulação clínica</i>	<i>Centro de simulação clínica</i>	<i>Centro de simulação clínica</i>

B8 - Práticas educativas na SCeE

FGI	FGH	FGJ	FGN	FGO	FGR	FGS
---	---	---	---	---	---	---

B9 - Educação transformadora da SCeE

FGI	FGH	FGJ	FGN	FGO	FGR	FGS
---	---	---	---	---	---	---

C - Caraterização da prática clínica simulada

C1 - Sentimento de apropriação na elaboração do projeto de SCeE

FGI	FGH	FGJ	FGN	FGO	FGR	FGS
<u>“Nós temos umas ideias, mas não estamos treinados para pôr em prática, poderíamos estar muito mais confiantes e falta-nos essa confiança porque não praticamos o suficiente”.</u>	<u>“Eu acho que sim, eu acho que o estudante devia ser o agente principal no seu processo de aprendizagem, e também por uma questão de autoconhecimento, (...) o facto de conhecer essas dificuldades devia ser mais um motivo para impor essas dificuldades em simulações clínicas e trabalhá-las”.</u>			<u>“(…) o envolvimento dos estudantes na construção da SCeE pode ser fundamental para o próprio conhecimento dos materiais que são necessários”.</u>		<u>“Para não falar às vezes na pressão que nós temos do professor para não errar quando vamos ao CSC, porque tem outros enfermeiros, por isso, a margem para o erro é mínima, quase nula, para não passar vergonha”.</u>

C2 - Modelos de suporte para a simulação clínica

FGI	FGH	FGJ	FGN	FGO	FGR	FGS
---	(...) “ <u>eu também não me recordo de terem falado em modelos de SCeE, e a única forma que nós tivemos conhecimento dessas simulações foi por parte dos professores, quando eram para ser feitas avaliações</u> ”.	---	---	---	---	“ <u>Eu vou ser o mais sincero, não me recordo, não sei se as minhas colegas recordam, não me recordo de ter falado em modelos da simulação clínica, nem antes, nem depois. A única coisa que falaram foi, "vamos ter uma simulação clínica e é para a avaliação"</u> ”.

C3 - Contexto de simulação clínica

FGI	FGH	FGJ	FGN	FGO	FGR	FGS
Laboratório de simulação clínica de alta-fidelidade do CSC.	Laboratório de simulação clínica de alta-fidelidade do CSC.	Laboratório de simulação clínica de alta-fidelidade do CSC.	Laboratório de simulação clínica de alta-fidelidade do CSC.	Laboratório de simulação clínica de alta-fidelidade do CSC.	Laboratório de simulação clínica de alta-fidelidade do CSC.	Laboratório de simulação clínica de alta-fidelidade do CSC.

C4 - Preparação da SCeE e prebriefing

FGI	FGH	FGJ	FGN	FGO	FGR	FGS
<u>“(…) eu acho que nós não estamos preparados.”</u> “A pergunta é se não é possível fazer aqui na universidade, mesmo não tendo aquela infraestrutura toda do CSC, se calhar era possível fazer aqui, simular coisas aqui, e não é feito”.	---	<u>“(…) infelizmente deparar-nos com a realidade, que os estudantes não estão preparados”.</u> “Eu própria, perante esta primeira experiência, eu estava com <u>algum receio, tendo em conta que era um momento de avaliação e era nos colocada aquela pressão que sabíamos que tínhamos um tempo limite para aplicarmos aqueles conhecimentos e executar determinadas técnicas (…)</u>”.	<u>“(…) eu também acho que não foi aplicada essa etapa durante as nossas avaliações (…)</u> era preciso ir buscar determinados materiais e nós não sabíamos onde é que estava, andávamos ali às aranhas à procura de um material, algo que se fosse na vida real, podia ser muito prejudicial”. <u>“(…) vamos ao CSC e não estamos preparados para isso (…)”</u>	<u>“(…) uma coisa que nos condiciona muito também é o tempo para as avaliações”</u> <u>“(…) nunca nos vai dar tempo de processar um caso como deve ser.”</u>	---	(…) <u>“Prebriefing não me lembro de ter feito, o pós-briefing (debriefing) fizemos (…)</u> a única coisa que nós sabemos fazer, é dizer o que está mal, não o que está bem”.

C5 - Fase de *briefing* na SCeE

FGI	FGH	FGJ	FGN	FGO	FGR	FGS
(...) <u>“não nos apresentaram o caso, deram-nos uma folha e não nos falaram mais nada. (...) os que tiveram tempo foram ver matéria que tivesse relacionada, os que não tiveram tempo entraram logo no ambiente de simulação”</u> .	<u>“(…) o briefing foi feito, sobretudo, por equipas, nós tínhamos avaliadas e o briefing era feito entre a equipa. O briefing não era propriamente feito com o professor, mas sim entre colegas”</u> .	---	<u>“O briefing era feito com os colegas com a experiência de simulação, (...) não esqueçam de fazer aquilo, aquilo e aquilo”, era mais ou menos assim”</u> .	<u>“Eu acho que também condicionam bastante a nossa prática a nível do CSC, no sentido em que quando nós não sabemos algum tipo de procedimento a realizar, condiciona-nos até chegarmos lá”</u> .	<u>“Eu cheguei lá dentro, deram-me uma folha, nós lemos, apesar de já termos uma breve noção, e os próprios profissionais que estão lá dentro sabem disso, quem estava lá para nos acompanhar era o enfermeiro do CSC”</u> .	---

C6 - Experiência educativa com o participante simulado na SCeE

FGI	FGH	FGJ	FGN	FGO	FGR	FGS
---	---	---	---	---	<u>“Se era benéfico? Era, porque nós na vida real lidamos muito com familiares, com outros profissionais e pronto, é só quando começamos a vida profissional que temos de facto essa noção”.</u>	<u>“(…) não tenho recordação de ter alguém de fora ou mesmo familiar dentro da simulação, o que muitas das vezes é benéfico, tanto numa emergência vista na rua, como dentro de uma enfermaria em que esteja um familiar do próprio doente, ou outros familiares”.</u>

C7 – Experiências e vivências na SScE

FGI	FGH	FGJ	FGN	FGO	FGR	FGS
“Quando nós não nos lembrávamos de alguma coisa, (...) <u>não criticava, dizia, "oiça, veja lá se não falta ainda", ou seja, levava o nosso raciocínio para o sítio correto, e é assim que nós aprendemos.</u> Mas o que eu posso dizer, em termos gerais, é que a pressão é grande, porque lá tem de ser tudo muito rápido (...) temos um horário e tem de ser tudo a correr”.	---	---	(...) “<u>é para não gastar tantos recursos, mas depois não pensam que na nossa prática, se nós não tivermos essa prática de fazer, vamos gastar os recursos na mesma</u> (...) <u>nós nunca treinamos, por exemplo o engasgamento, que ele pode ocorrer assim do nada, não treinamos isso, é só mais agudizados mesmo, doentes com trauma e DPOC.</u>” “Eu, em pouco tempo de prática, enquanto enfermeira, já me deparei com situações em que foi preciso agir rápido (...) se eu tivesse tido na SScE a experiência educativa, tinha me dado um clique” “<u>Como o colega referiu, não podemos</u>	(...) “<u>beneficiávamos também de ter algumas práticas, não só com simuladores, mas com pessoas, se fosse possível com alguns enfermeiros que já tivessem presenciado situações, onde nós pudéssemos ter nem que fosse a noção do que é levar um corpo de uma cama para o</u>		“<u>Infelizmente não foi uma boa experiência, porque é muito descorada a parte da relação com o outro.</u> (...) “<u>a simulação ia nos ajudar bastante se fosse implementado em prática clínica normal, em que tivéssemos muito tempo para a relação com o outro, termos respostas.</u> (...) a nível de emergências, ao longo do curso todo, nós <u>não temos prática clínica que nos ajude em emergências para a vida profissional</u>”.

<i>(...) <u>podemos debater as coisas e levar um raciocínio crítico e isso não tem sido possível, mas tem potencial para ser</u></i>			<i><u>errar porque vamos ao CSC, não podemos errar porque temos enfermeiros a ver</u></i> . <i>(...) e depois vamos sempre com algum receio já antes de ir para lá, <u>já vamos nervosos</u>, já vamos com medo e acho que <u>podia ser tão bem aproveitado se não fosse só para carácter avaliativo</u></i>	<i>chão, para ter de atuar, ou mexer na pessoa e não estar só um manequim inanimado</i>		<i><u>“(...) não nos dão margem para o erro, e nós aprendemos muito com os erros. Se nós errássemos mais ao nível da SC, na prática clínica, haveria menos erros (...). Muitas vezes o erro é benéfico, não é de todo mal errar”</u></i>

C8 - Contributos da fase debriefing

FGI	FGH	FGJ	FGN	FGO	FGR	FGS
<i><u>“(...) no debriefing nós fizemos os pontos positivos, negativos e o que é que sentimos quando estávamos na sala, as emoções que tivemos, e isso eu acho que na altura foi inovador, nunca tínhamos feito, mas também foi a única vez que fizemos (...)</u></i>	---	---	<i><u>“(...) dar ênfase aos pontos fracos de uma forma que parecia que, por exemplo, falhar um passo de lavar as mãos era uma coisa que ia acabar o mundo”</u></i>	---	<i><u>(...) “o nosso grupinho, ser falado dos pontos fracos entre os pontos fortes até, e o que é que poderia ser melhor na nossa prestação de toda a experiência. Mas no 4º ano lembro-me que já não foi feito”</u></i>	---

C9 - Resultados e ganhos com a SCeE

FGI	FGH	FGJ	FGN	FGO	FGR	FGS
“Eu também não levei grande coisa da SCeE (...) em relação à prática não, porque aquilo nós não fazemos, fingimos que fazemos, fingimos que <u>pomos um oxigénio, fingimos que pomos um cateter, fingimos tudo, portanto, é tudo muito fácil</u>”. “<u>Dez minutos no primeiro ano, em que uma parte foi a lavar as mãos, e do segundo ano e no quarto ano mais dez minutos numa avaliação de um doente com hipovolémia, já não lembro bem como é que era o caso (...)</u>”.	“(…) <u>não podemos dizer agora concretamente se essas SCeE tiveram benefício para a nossa prática laboral de agora, porque foram muito poucas ou escassas</u>”.				“Eu acho que é muito difícil de fazer essa ponte, <u>foram tão poucas as oportunidades e o ambiente de avaliação mete-nos tanta pressão, que eu acho que é muito difícil dizermos, que aprendemos algo aqui que vou levar para a minha carreira profissional</u>”. “<u>Da simulação em si, muito pouco, porque foi uma avaliação, (...) não tivemos tempo para agir, para errar, para aprender, portanto, ganhos poucos.</u>”	“<u>A nível de ganhos, acho muito pouco, visto ser só de avaliação. Tínhamos muito mais ganhos se fosse implementado no CSC mais momentos de aprendizagem</u>”.

C10 - Casos clínicos desenvolvidos

FGI	FGH	FGJ	FGN	FGO	FGR	FGS
(...) <u>“os casos em si eram muito interessantes, tinham potencial para muita coisa, não foram explorados e foi em pouco tempo”</u> .	---	---	<u>“(…) foram casos interessantes, mas por outra parte discordo, porque para a nossa prática de agora (...) devíamos ter praticado casos que acontecem mais no dia a dia e não situações tão críticas, agudizadas e específicas para determinados serviços e determinados ambientes”</u> .	---	---	---

C11 - Papel do estudante na SCeE e o seu bem-estar individual e coletivo

FGI	FGH	FGJ	FGN	FGO	FGR	FGS
“A gente chega lá, “Já está o cateter, agora vamos pôr o soro na veia, agora vai ser soro lactato porque ele está com hipovolêmia, <u>e é tudo assim, é tudo a fingir, nós não fazemos nada, no fundo, com alguma prática</u>”. “<u>Numa situação destas, o que é que este doente pode ter, o que é que não pode ter, o que é que eu vou fazer</u>”.		(...) “<u>eu acredito que de facto o estudante é aquele que tem que ter autonomia, ele é quem desenvolve o seu processo, mas eu acho que todo este processo devia ser mais centrado nas necessidades do estudante</u>”.		“(…) não é tão específico como um AVC, mas que talvez quem nunca presenciou <u>pode não saber o que fazer numa lipotimia, coisas que parecem simples, mas que eu acho que quando somos nós a ter essa responsabilidade, parece que a pessoa está ali a morrer e que até pode, mas talvez se já fôssemos preparados para isso, levávamos tudo com mais leveza</u>”.		“(…) <u>nós ficamos só com a parte do fingir, na nossa vida profissional, nós também vamos fingir na pessoa</u>”? “É um <u>ambiente hostil, porque por ser um momento de avaliação, o estudante quando vai para o centro de simulação não vai, nas suas capacidades, para voltar outra vez ao mesmo, errar, e a interação com os outros colegas é um pouco sob pressão, e depois com o professor é de não errar, com a enfermeira é de não ficar mal visto</u>”.

C12 - Planeamento participativo do estudante na SCeE

FGI	FGH	FGJ	FGN	FGO	FGR	FGS
“Na vida real, se calhar, nós poderíamos <u>conversar mais uns com os outros e ponderar mais aquilo que iríamos fazer numa situação daquelas</u>, e ali não é possível”.	“(…) <u>eu acho que o estudante devia ser o agente principal no seu processo de aprendizagem</u>, e também por uma questão de autoconhecimento, eu acho que todos nos conhecemos a nível de lacunas e dificuldades e, o facto de conhecer essas dificuldades <u>devia ser mais um motivo de impor essas oportunidades como experiências de aprendizagem na SCeE</u>”.			“(…) <u>eu acho que o envolvimento dos estudantes na construção da SC pode ser fundamental para o próprio conhecimento</u> (…) “(…) talvez, já íamos começar <u>a conhecer mais o que é que íamos precisar de usar, onde é que poderia estar</u> (…)		“<u>Acho que seria mais benéfico, porque nós não aprendemos só a fazer a simulação, nós também aprendemos muito quando estamos a preparar uma simulação</u>, ou estamos a preparar um caso prático, isso aí nos ajudar a perceber melhor as patologias e tantos os sinais e sintomas daquela patologia, e também ia nos obrigar, entre aspas, a estudar sobre aquele conteúdo, e ia nos preparar não só para fazer a simulação clínica mas também para a prática”.

C13 - Espaços democráticos e cultura da prática simulada

FGI	FGH	FGJ	FGN	FGO	FGR	FGS
<i>Não houve espaço para esta discussão.</i>	<i>Não houve espaço para esta discussão.</i>	<i>Não houve espaço para esta discussão.</i>	<i>Não houve espaço para esta discussão.</i>	<i>Não houve espaço para esta discussão.</i>	<i>Não houve espaço para esta discussão.</i>	<i>Não houve espaço para esta discussão.</i>

D1 - Inovação e investigação na SScE

FGI	FGH	FGJ	FGN	FGO	FGR	FGS
<i>“A única que eu li sobre SC foi na escrita académica de artigos que reunimos para escrever sobre a importância da SC”.</i> <i>“Na prática, quando tinham de executar alguma coisa, não tinha tanto receio, estava documentado com aqueles estudos”.</i>	<i>“(…) seriam benéficas para esta área, especialmente da saúde, e a questão de ter também mais parcerias em contextos inovadores, como por exemplo, uma abordagem a um familiar, que não foi feito neste caso. Eram tudo mais abordagens ao doente”.</i>	<i>“O que eu acho que vai existir potencial é o facto de haver parcerias entre o CSC e a Universidade, nem que fosse para uma primeira instância para haver uma troca de recursos” (…)</i>	---	---	---	<i>“Da mesma forma que não nos apresentaram os modelos para a SC, também não foi feita esta parte final a nível da investigação, baseou-se sempre a bater na mesma tecla, baseou-se só no momento de avaliação (…)”</i>

Apêndice 10 | Pedido de autorização para a realização do estudo



Magnífico Reitor da Universidade da
Madeira, Excelência

Professor Doutor José Sílvia Moreira
Fernandes

Funchal, 20 setembro de 2023

Assunto: pedido para a realização de estudo de caso aos estudantes do curso de licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde, sob o tema: Processo Educativo - a Simulação Clínica em Enfermagem.

A Educação e a Enfermagem têm um papel primordial para acolher as respostas do Homem. A visão de educar e do cuidar, complementa um pensamento crítico, criativo, reflexivo e holístico, capaz de responder aos desafios de uma comunidade, cada vez mais exigente e com recursos tecnológicos mais evoluídos. O desenvolvimento do processo de aprendizagem tem-se assim revelado um desafio constante, na procura de sinergias construtivas, interativas e pedagógicas. Em plena era da Pós-modernidade, século XXI, a educação ainda enfrenta hoje desafios próprios de uma cultura crítica e reflexiva convergente com a construção de um conhecimento disponível à comunidade. Um exemplo é a simulação clínica em enfermagem, para a aquisição de novos saberes e competências capazes de responder às necessidades efetivas da comunidade. A metodologia educativa no ensino o papel do estudante no processo educativo da simulação clínica necessita de estudo e de análise, sendo fundamental uma reflexão sobre o processo educativo na simulação clínica em Enfermagem. Assim, propomos um projeto de investigação, no âmbito do Doutoramento em Currículo e Inovação Pedagógica, que tem por alvo, o processo educativo - a simulação clínica em Enfermagem, no sentido de conhecer de que forma a simulação clínica está a ser implementada nos estudantes.



Assim, vimos por este meio solicitar a vossa excelência a autorização para a realização do estudo de investigação qualitativa aos estudantes dos 2º, 3º e 4º anos e aos Docentes do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde da Universidade da Madeira.

O estudo tem por tema o processo educativo - a simulação clínica em Enfermagem.

Como objetivo geral:

Compreender o papel do estudante na simulação clínica em Enfermagem.

Objetivos específicos:

Clarificar o conceito de Simulação clínica em Enfermagem;

Descrever as orientações dos modelos de simulação clínica;

Descrever o processo da simulação clínica dos estudantes de enfermagem;

Identificar as representações dos estudantes no processo de simulação clínica;

Analisar a relação entre os modelos as representações e as práticas de simulação clínica de enfermagem;

Avaliar se a simulação clínica em Enfermagem promove o empoderamento do estudante.

A investigação a ser desenvolvida assenta num estudo de caso de natureza qualitativa. A recolha de dados será obtida pela entrevista semiestruturada individual aos estudantes e aos docentes do Curso de Licenciatura de Enfermagem e a reunião por focus group a estudantes, docentes e recém-licenciados em Enfermagem. A recolha de dados está prevista entre o dia 1 de novembro 2023 até 14 de fevereiro de 2024. A obtenção dos dados será por gravação para posteriormente ser complementada com a análise documental.

Os dados a recolher são sociodemográficos, como o género, a idade ou a escolaridade, e sobre a opinião sobre o processo educativo da simulação clínica em enfermagem.

A recolha de dados decorrerá nas instalações da Universidade da Madeira num único momento com cerca de trinta minutos. Terminada a investigação, os dados serão guardados durante dois anos em ficheiro encriptado, após os quais, toda a informação obtida será apagada. Os ficheiros informáticos serão eliminados e os físicos serão triturados.

O estudo não tem financiamento externo. A participação é voluntária e livre de qualquer encargo financeiro e converge para a importância de contribuir para uma reflexão sobre o processo educativo - a simulação clínica em enfermagem.

Os dados serão recolhidos e analisados de forma confidencial e anónima e usados exclusivamente para o presente estudo. A sua identificação em caso algum será tornada pública. As entrevistas serão anonimizadas com uma letra A um número (A1, A2, An).

O estudo de investigação tem como orientador e supervisor científico o Professor Doutor Fernando Correia.

Pede deferimento,

Com a mais elevada estima e consideração,

Os meus cumprimentos,

O estudante

Norberto Maciel Ribeiro

De: Reitor <reitor@reitoria.uma.pt>

Enviada: 4 de outubro de 2023 21:32

Para:

Assunto: FW: Pedido de autorização para realizar estudo de investigação.

Do meu ponto de vista nada tenho a opor, desde que a ESS concorde e o pedido siga o procedimento habitual da UMA.

Apêndice 11 | Declaração de Consentimento Informado



Declaração de Compromisso de Honra

Eu, Norberto Maciel Ribeiro e abaixo-assinado, na qualidade de principal investigador do projeto de investigação “Processo Educativo – a Simulação Clínica em Enfermagem”, declaro por minha honra que as informações prestadas sobre o projeto são verdadeiras. Mais declaro que, durante a realização do mesmo, serão respeitadas, quando aplicável, as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia, da União Europeia, da Organização Mundial de Saúde, do Regulamento Geral da Proteção de Dados, do Código de Conduta da Universidade da Madeira e restante legislação aplicável, no que se refere a estudos que envolvam seres humanos e dados pessoais.

Funchal, 14 de setembro de 2023

Assinatura

(Norberto Maciel Ribeiro)

Consentimento Informado, Esclarecido e Livre para Participação em estudos de Investigação

Identificação do Investigador (Doutorando): Norberto Maciel Ribeiro;

Supervisora Científica: Professor Doutor Fernando Correia

Título do estudo: Processo Educativo da Simulação Clínica em Enfermagem.

Enquadramento:

A Educação e a Enfermagem têm um papel primordial para acolher as respostas do Homem. A visão de educar e do cuidar, complementa um pensamento crítico, criativo, reflexivo e holístico, capaz de responder aos desafios de uma comunidade, cada vez mais exigente e com recursos tecnológicos mais evoluídos. O desenvolvimento do processo de aprendizagem tem-se assim revelado um desafio constante, na procura de sinergias construtivas, interativas e pedagógicas. Em plena era da Pós-modernidade, século XXI, a educação ainda enfrenta desafios próprios de uma cultura crítica e reflexiva convergente com a construção de um conhecimento atual e disponível à comunidade. O exemplo é a simulação clínica em enfermagem, que se assume como um recurso fundamental para a aquisição de novos saberes e competências capazes de responder às necessidades efetivas da comunidade. Assim, como metodologia educativa, o papel do estudante no processo educativo da simulação clínica necessita de ser alvo de estudo e de análise. Assim, a necessidade de contribuir para uma reflexão sobre o processo educativo na simulação clínica, propomos um projeto de investigação, no âmbito do Doutoramento em Currículo e Inovação Pedagógica, que tem por alvo o processo educativo da simulação clínica em Enfermagem, no sentido de conhecer de que forma a simulação clínica está a ser implementada nos estudantes de Enfermagem.

Assumindo o desafio de contribuir para esta reflexão, propomos um projeto de investigação no âmbito do Doutoramento em Currículo e Inovação Pedagógica do Departamento de Ciências da Educação da Faculdade de Ciências Sociais da Universidade da Madeira.

Explicação do estudo:

Este estudo tem por tema o processo educativo da simulação clínica em Enfermagem. Para esta investigação temos como objetivo geral:

- Compreender o papel do estudante na simulação clínica em Enfermagem:

Clarificar o conceito de Simulação clínica em Enfermagem;

Descrever as orientações dos modelos de simulação clínica;

Identificar as representações dos estudantes no processo de simulação clínica;

Descrever o processo da simulação clínica dos estudantes de enfermagem;

Analisar a relação entre os modelos as representações e as práticas de simulação clínica de enfermagem.



A investigação assenta num estudo de caso de natureza qualitativa. Para a recolha de dados optamos pela entrevista individual e a reunião por focus group gravada, que será complementada com a análise documental. Os dados a recolher são sociodemográficos, como o género, a idade ou a escolaridade, e sobre a opinião sobre o processo educativo da simulação clínica em enfermagem. A recolha de dados decorrerá nas instalações do organismo onde o participante exerce a sua atividade profissional e estudantil, num único momento com cerca de trinta minutos. Terminada a investigação, os dados serão guardados durante dois anos em ficheiro encriptado, após os quais, toda a informação obtida será apagada. Os ficheiros informáticos serão eliminados e os físicos serão triturados.

Condições e financiamento:

Este estudo não tem financiamento externo. A sua participação neste trabalho é voluntária e livre de qualquer encargo financeiro. Pode desistir de participar quando quiser. Relevamos a importância de contribuir com a sua opinião sobre o processo educativo da simulação clínica em enfermagem.

Este estudo está devidamente aprovado pelo Conselho Científico da Faculdade de Ciências Sociais da Universidade da Madeira e é supervisionado cientificamente pelo Professor Doutor Fernando Correia. Tem o parecer positivo da Comissão de Ética da Universidade da Madeira.

Anonimato e confidencialidade:

Os dados serão recolhidos e analisados de forma confidencial e anónima e usados exclusivamente para o presente estudo. A sua identificação em caso algum será tornada pública. As entrevistas serão anonimizadas com uma letra A um número (A1, A2, An).

Se tiver alguma dúvida sobre os seus direitos como participante nesta investigação pode esclarecer com o investigador presencialmente, aquando do momento da entrevista, antes ou depois da mesma, através do seu correio eletrónico (norbertomaciel@hotmail.com).

Por favor, leia com atenção esta informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações.

Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Assinatura de quem pede consentimento:

(Norberto Maciel Ribeiro)



Declaração de Consentimento do Participante

Eu, _____ declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo sobre o processo educativo da simulação clínica em enfermagem e permito a utilização dos dados, que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para fins científicos e publicações que delas decorram e com as garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Assinatura legível e manuscrita: _____
Data: ____ / ____ / ____



Declaração de Consentimento do Participante

Eu, _____ declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo sobre o processo educativo da simulação clínica em enfermagem e permito a utilização dos dados, que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para fins científicos e publicações que delas decorram e com as garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Assinatura legível e manuscrita: _____
Data: ____ / ____ / ____

ANEXOS

Anexo 1 | Parecer do Encarregado de dados da Universidade da Madeira



PARECER

Na qualidade de Encarregado de Proteção de Dados da Universidade da Madeira, e após análise pela equipa de proteção de dados desta instituição, do Projeto de Investigação ***“Processo Educativo - a Simulação Clínica em Enfermagem”*** é nosso parecer que o mesmo cumpre com o Regulamento Geral da Proteção de Dados.

Funchal, 06 de outubro de 2023

Encarregado de Proteção de Dados

Assinado por:
Num. de Ident:
Data: 2023.10.06 10:23:47+01'00'



Compromisso de honra

Nós abaixo-assinado,

na qualidade de *investigador e orientador* do projeto **Processo Educativo – a simulação clínica em Enfermagem**, declaramos por nossa honra que as informações prestadas neste formulário são verdadeiras. Mais declaramos que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes das normas da Comunidade Europeia, do Regulamento Geral de Proteção de Dados, das Declarações de Helsínquia, da Organização Mundial de Saúde (quando aplicável) e restante legislação em vigor no que se refere a trabalhos e/ou estudos que envolvam seres humanos e/ou dados pessoais.

Data: 11 / 10 / 2023

O Proponente:



(Assinatura legível e manuscrita)

O Orientador:



(Assinatura legível e manuscrita)

Anexo 2 | Parecer da Comissão de Ética da Universidade da Madeira

PARECER Nº 84/CEUMA/2023, DE 09 DE NOVEMBRO

Sobre o pedido de apreciação pela Comissão de Ética da UMa do projeto de investigação: “Processo Educativo da Simulação Clínica em Enfermagem”.

A - RELATÓRIO

O pedido de apreciação do documento nº 84 de 2023 respeita ao estudo: “Processo Educativo da Simulação Clínica em Enfermagem.”, submetido pelo Doutorando Norberto Maciel Ribeiro, da Faculdade de Ciências Sociais da Universidade da Madeira, sob a orientação do Senhor Professor Doutor Fernando Luís de Sousa Correia, Professor Auxiliar da Faculdade de Ciências Sociais da Universidade da Madeira.

O pedido em análise está instruído com os seguintes documentos: a) Pedido de Parecer à CEUMA; b) Parecer favorável emitido pela Comissão de Proteção de Dados da Universidade da Madeira; c) *Curriculum Vitae* do responsável e do orientador; d) Guião da entrevista; e) Consentimento informado; f) Declaração do Orientador.

No documento a) Pedido de Parecer à CEUMA, consta a informação relativa a: identificação do projeto ou estudo (título, âmbito, datas previstas de início e fim, locais onde decorrerá o estudo e a recolha de informação; a equipa de investigação; o tipo de estudo; a descrição do protocolo (fundamentação teórica e justificação científica da investigação, objetivos e propósitos do estudo e a metodologia); e os instrumentos de recolha de dados.

O estudo tem como objetivo geral compreender o papel do estudante na simulação clínica em enfermagem, e objetivos específicos: clarificar o conceito de simulação clínica em Enfermagem; descrever as orientações dos modelos de simulação clínica; descrever o processo da simulação clínica dos estudantes de enfermagem; identificar as representações dos estudantes no processo de simulação clínica; analisar a relação entre os modelos de simulação, as representações e as práticas de simulação clínica em enfermagem; e avaliar se a simulação clínica em Enfermagem promove o empoderamento do estudante.

O consentimento informado garante a natureza voluntária a todo o tempo da participação, não se vislumbra qualquer estratégia de decepção/engano no guião de entrevista e está assegurada a proteção dos dados recolhidos (cfr. concordância da Encarregada de Proteção de Dados da UMa).

Resta dizer que não se levantam questões de ética.



B - CONCLUSÃO

A CEUMa deliberou emitir um parecer Favorável à realização do estudo, tendo em conta os pressupostos indicados pelo principal investigador, condicionado a: retificação da data de início do estudo, posterior ao parecer.

Aprovado por unanimidade, em reunião de dia 09 de novembro de 2023

A Presidente da CEUMa

Assinado por:
de Góis
Num. de Ident
Data: 2023.11.10 10:51:25+00'00"



Professora Doutora Liliana Maria Gonçalves Rodrigues de Góis

Anexo 3 | Declaração de aceitação do orientador



Faculdade de Ciências Sociais

Departamento de Ciências da Educação

DECLARAÇÃO

Fernando Luís de Sousa Correia, Professor Auxiliar na Universidade da Madeira, declara que Norberto Maciel Ribeiro, estudante matriculado nesta Universidade no Doutoramento em Currículo e Inovação Pedagógica, está a desenvolver um trabalho de investigação no âmbito do Doutoramento, do qual sou o Orientador, subordinado ao tema "*PROCESSO EDUCATIVO DA SIMULAÇÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM*". Mais se declara que este trabalho de investigação se considera bastante relevante no enquadramento da investigação educacional que tem vindo a desenvolver-se, face às qualidades de rigor, análise e pesquisa apresentadas pelo doutorando, irá contribuir certamente para o interesse e o desenvolvimento do capital académico e humano da Universidade e da Região Autónoma da Madeira.

Funchal e Universidade da Madeira, 11 de outubro de 2023.

O Orientador

Assinado por: **Fernando Luís de Sousa Correia**
Num. de Identificação: 05384631
Data: 2023.10.11 15:51:56+01'00'



Professor Doutor Fernando Luís de Sousa Correia