Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social do Trabalho e das Organizações

Tese de Doutorado

Desenho e implementação de treinamentos em habilidades socioafetivas no trabalho colaborativo de equipes interprofissionais em saúde

Fernanda Drummond Ruas Gaspar Chaves

Orientadora: Profa. Dra. Gardênia da Silva Abbad

Brasília - DF

Fevereiro de 2023

Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social do Trabalho e das Organizações

Desenho e implementação de treinamentos em habilidades socioafetivas no trabalho colaborativo de equipes interprofissionais em saúde

Fernanda Drummond Ruas Gaspar Chaves

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social do Trabalho e das Organizações da Universidade de Brasília (PSTO-UnB), como requisito parcial à obtenção do grau de Doutora em Psicologia Social do Trabalho e das Organizações. Esta tese contou com recursos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior (Capes).

Orientadora: Profa. Dra. Gardênia da Silva Abbad

Brasília - DF

Fevereiro de 2023

Tese de doutorado defendida diante e aprovada pela banca examinadora constituída por:

_____

Profa. Dra. Gardênia da Silva Abbad

(Orientadora)

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social do Trabalho e das Organizações

Universidade de Brasília

_____

Profa. Dra. Elaine Rabelo Neiva

(Examinadora Interna)

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social do Trabalho e das Organizações

Universidade de Brasília

_____

Profa. Dra. Zilda Aparecida Pereira Del Prette

(Examinadora Externa)

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Universidade Federal de São Carlos

_____

Profa. Dra. Daniela Campos Bahia Moscon

(Examinadora Externa)

Escola de Administração

Universidade Federal da Bahia

_____

Prof. Dr. Jairo Eduardo Borges-Andrade

(Suplente)

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social do Trabalho e das Organizações

Universidade de Brasília

Dedico esta tese aos eternos amigos Nira Chaves e Marcelo Lima e à querida Prof.ª Clélia Parreira, exemplos saudosos de afeto, bondade e colaboração.

Sumário

Agradecimentos 7

Lista de tabelas 9

Lista de figuras 11

Lista de abreviações e siglas 12

Resumo geral 14

General Abstract 15

Introdução geral da tese 16

Manuscrito 1: Educação interprofissional e habilidades socioafetivas no trabalho colaborativo em saúde: uma revisão integrativa 28

Introdução 28

Referencial teórico 33

Método 44

Resultados 47

Discussão 68

Considerações finais 73

Manuscrito 2: Impactos da pandemia da covid-19 na educação interprofissional de residentes em saúde: uma revisão integrativa 75

Introdução 76

Referencial teórico 78

Método 84

Resultados 88

Discussão 100

Considerações finais 104

Manuscrito 3: Necessidades de aprendizagem de habilidades socioafetivas em equipes de residência em saúde 105

Introdução 105

Referencial teórico 108

Método 114

Resultados 117

Discussão 125

Considerações finais 128

Manuscrito 4: Construção de testes de julgamento situacional na educação interprofissional em saúde **130**

Introdução 131

Referencial teórico 133

Método 138
Resultados 148
Discussão 153
Considerações finais 156
Manuscrito 5: Treinamentos em habilidades socioafetivas para residentes da área de saúde 159
Introdução 160
Referencial teórico 163
Método 173
Resultados 184
Discussão 192
Considerações finais 195
Manuscrito 6: Quase experimento de avaliação de treinamentos de habilidades socioafetivas para residentes em saúde 197
Introdução 198
Referencial teórico 202
Método 212
Resultados 231
Discussão 238
Considerações finais 242
Considerações finais e recomendações da tese 245
Referências **256**
Apêndices **280**

Agradecimentos

Concluo mais um ciclo importante na minha vida com o coração cheio de gratidão e emoção. Jamais chegaria aqui sem o suporte e o imensurável amor de tantas pessoas queridas. Agradeço, primeiramente, a Deus e à espiritualidade amiga pela vida e pelas infinitas oportunidades diárias de recomeço, fortalecimento e fé. Minha eterna gratidão a meu marido e melhor amigo, Fausto, que seguiu segurando a minha mão em todos os momentos dessa jornada acadêmica. Obrigada pela paciência e infinita compreensão em todos esses anos juntos. Agradeço também a meu amorzinho pet Effy, que tanto me ensinou no ano de 2022 e foi parceira fiel durante a construção das linhas deste trabalho.

Meu muito obrigada a meus amados pais, Antônio e Elizabeth, que me apoiaram incondicionalmente e emanaram, mesmo à distância, as melhores vibrações positivas de coragem e resiliência. Agradeço à Carol, por ser simplesmente minha irmã e por ter transmitido paz e afeto seguro, sobretudo nos momentos mais desafiadores.

À minha querida orientadora Gardênia, obrigada por ter acreditado na minha pesquisa desde o início. Serei eternamente grata pelos momentos de profunda generosidade, sabedoria e carinho. Seguirei sempre aprendendo com você!

Não poderia deixar de agradecer a todos os meus familiares baianos, avó, tios e primos, que sempre torceram pelo sucesso desta tese. Agradeço, também, à família que hoje divido o mesmo sobrenome. Nira, Nilson, Henrique e Carol, obrigada por me acolherem com tanto amor neste período de formação.

Gostaria de citar o nome de todos os meus amigos e amigas que embarcaram neste doutorado comigo, por meio do apoio técnico, afetivo e social. Vocês foram essenciais para a construção desta tese. Obrigada por trazerem alegria e alívio em tantos momentos! Em especial, agradeço às amigas Luana, Aline, Simary, Luciana, Juliana, Kelly e Leticia, pelas valiosas formas de carinho e por extraírem meus melhores sorrisos e reflexões.

Aos colegas maravilhosos do grupo de pesquisa Impacto, que forneceram caminhos importantes para a minha pesquisa, proporcionando mais segurança e ânimo para eu seguir em frente nesta caminhada tão complexa e recheada de emoção. Aos residentes, às preceptoras e aos preceptores que participaram da pesquisa, meu sincero agradecimento pela confiança, parceria e disponibilidade de para compartilhar conhecimentos e aprendizagens. Sigamos avançando em práticas flexíveis, colaborativas e socialmente competentes!

Por fim, agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), pelo apoio financeiro durante todo o percurso do doutorado, e aos professores da Banca (Daniela Moscon, Zilda Del Prette, Elaine Neiva e Jairo Borges-Andrade) pelas sugestões criteriosas e relevantes que certamente virão para aprimorar esta tese.

Lista de tabelas

Introdução geral da tese

Tabela 1 Estrutura da Tese Composta por Seis Manuscritos..... 23

Manuscrito 1

Tabela 1 Taxonomia do Trabalho Colaborativo Interprofissional (InterPACT) 38

Tabela 2 Elementos Norteadores da Coleta de Dados 44

Tabela 3 Estudos Empíricos Experimentais e Quase Experimentais de Treinamentos em Equipes Interprofissionais de Saúde..... 58

Manuscrito 2

Tabela 1 Tema e Perguntas Norteadoras..... 85

Tabela 2 Estudos Empíricos sobre Ações Educacionais Desenvolvidas nos Programas de Residência durante a Pandemia da Covid-19..... 97

Manuscrito 3

Tabela 1 Conceitos de Habilidades Socioafetivas 108

Tabela 2 Habilidades Socioafetivas no Trabalho Colaborativo em Saúde 111

Tabela 3 Características dos (as) Participantes..... 115

Tabela 4 Habilidades Socioafetivas Necessárias ao Desenvolvimento dos Residentes..... 118

Manuscrito 4

Tabela 1 Distribuição dos Profissionais de Saúde que Responderam à Aplicação-piloto dos TJS..... 144

Tabela 2 Média dos Escores por Questão..... 151

Tabela 3 Comparação Entre os Escores Totais dos TJS..... 152

Manuscrito 5

Tabela 1 Etapas de Planejamento Instrucional e Princípios Instrucionais..... 173

Tabela 2 Participantes das Etapas do Estudo..... 176

Tabela 3 Objetivos de Aprendizagem de Acordo com a Taxonomia de Bloom (1956) 178

Tabela 4 Tópicos de Apoio ao Planejamento Instrucional..... 184

Tabela 5 Escopo dos Treinamentos 186

Tabela 6 Perguntas Norteadoras e Expectativa de Resposta – Vídeo 1 188

Tabela 7 Perguntas Norteadoras e Expectativa de Resposta – Vídeo 2 190

Manuscrito 6

Tabela 1 Estudos Quase Experimentais de Avaliação da Aprendizagem em Treinamentos de Habilidades Socioafetivas em Saúde 208

Tabela 2 Objetivos dos Treinamentos (geral e específicos) 216

Tabela 3 Características dos Tipos de Treinamento (GE1 e GE2) 218

Tabela 4 Características dos Participantes do Quase Experimento 225

Tabela 5 Treinamentos Realizados 231

Tabela 6 Médias dos Avaliadores (T1, T2 e T3) 233

Tabela 7 Diferença dos Escores de Aprendizagem Entre GE1 e GE2 235

Tabela 8 Mudança na Soma dos Escores de Aprendizagem Durante Pré-teste, Pós-teste e Follow-up do GE1 e GE2 237

Tabela 9 Resultados dos Testes de Hipóteses de Diferenças Intragrupos e Intergrupos 238

Considerações finais e recomendações da tese

Tabela 1 Resultados da Tese (manuscritos 1, 2 e 3) 245

Tabela 2 Resultados da Tese (manuscritos 4, 5 e 6) 251

Lista de figuras

Manuscrito 1

Figura 1 Tipos de Desenhos de Equipes Interprofissionais 37

Figura 2 Seleção de artigos científicos da revisão integrativa de literatura 47

Manuscrito 2

Figura 1 Recomendações do Uso de HSA em Equipes de Saúde (Tannenbaum et al., 2020) 80

Figura 2 Seleção de artigos científicos da revisão integrativa de literatura 87

Manuscrito 4

Figura 1 Etapas de Construção e Busca de Evidências de Validade dos TJS 139

Figura 2 Caso 2 – Situação: Não Aspiração das Vias Aéreas de um Paciente 148

Figura 3 Caso 4 – Situação: Paciente Recebe Alta sem Orientações da Terapia Ocupacional .. 149

Figura 4 Caso 6 – Situação: Alteração da Dieta da Paciente 150

Manuscrito 5

Figura 1 Vídeo 1 – Paciente Maria Eduarda 187

Figura 1 Vídeo 2 – Paciente Sra. Vivian 189

Manuscrito 6

Figura 1 Etapas do Estudo 213

Figura 2 Etapas de Construção e Busca de Evidências de Validade dos TJS 220

Figura 3 TJS 1 – Situação: Não Aspiração das Vias Aéreas de um Paciente 220

Figura 4 TJS 2 – Situação: Paciente Recebe Alta Sem Orientações da Terapia Ocupacional 221

Figura 5 TJS 3 – Situação: Alteração da Dieta da Paciente 222

Figura 6 Estudo das Hipóteses (H) 228

Figura 7 Médias dos Escores dos Avaliadores – T1 234

Figura 8 Médias dos Escores dos Avaliadores – T2 234

Figura 9 Médias dos Escores dos Avaliadores – T3 234

Lista de abreviações e siglas

ANT	Avaliação de Necessidades de Treinamento
Anova	Análise de Variância
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAIPE	*Centre for the Advancement of Interprofessional Education*
Capes	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior
CATS	*Teamwork Skills*
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CRM	*Crew Resources Management*
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EIP	Educação Interprofissional
Ex.	Exemplo
FS	Faculdade de Saúde
GC	Grupo Controle
GE	Grupo Experimental
H	Hipótese
HO	Hospital
HSA	Habilidade Socioafetiva
INTERPACT	Impacto da Interprofissionalidade
MTPAT	*Medical Team Performance Assessment Tool*
NTIC	Novas Tecnologias de Informação e Comunicação
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSCE	Exame Clínico Objetivo Estruturado
PBL	*Problem Based Learning*
PSTO	Psicologia Social do Trabalho e das Organizações
RIPLS	*Readiness for Interprofissional Learning Scale*
RME	Residência Médica
RMU	Residência Multiprofissional
SARS-CoV-2	*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TD&E	Treinamento, Desenvolvimento e Educação
TeamSTEPPS	*Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety*

TJS	Teste de Julgamento Situacional
T-MEX	*Teamwork Mini-Clinical Evaluation Exercise*
THS	Treinamento de Habilidades Sociais
UnB	Universidade de Brasília
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VRE	Vídeo Reflexivo Etnográfico
WHO	*World Health Organization*.

Resumo geral

O objetivo da tese foi elaborar treinamentos e materiais instrucionais sobre habilidades socioafetivas no trabalho colaborativo e interprofissional de residentes (médicos e não médicos) em saúde. O primeiro manuscrito apresenta, por meio de uma revisão de literatura, um panorama da educação interprofissional em saúde e da aprendizagem de HSA. O segundo manuscrito apresenta, por meio de outra revisão de literatura, as mudanças na estrutura e no trabalho colaborativo das equipes de saúde durante a pandemia da covid-19 e as ações de treinamento de HSA adotadas especificamente nos programas de residência. O terceiro manuscrito identifica lacunas de aprendizagem de HSA em uma amostra de residentes médicos e não médicos, por meio da análise de incidentes críticos relatados por preceptores e residentes. O quarto manuscrito mostra a construção e a obtenção de evidências de validade de testes de julgamento situacional (TJS) utilizados para avaliar a aprendizagem. O quinto manuscrito descreve o planejamento e a implantação de dois treinamentos de HSA no trabalho colaborativo multiprofissional de residentes, com base em teorias de desenho instrucional e resultados de estudos empíricos, bem como os materiais instrucionais. Por fim, o sexto manuscrito utiliza uma abordagem mista, com uma etapa qualitativa, que descreve a elaboração de treinamentos, materiais instrucionais e TJS para avaliar a aprendizagem, e uma etapa quantitativa, que apresenta um quase experimento, com comparação de escores de aprendizagem entre dois grupos experimentais e em três momentos no tempo (T1 – antes do treinamento, T2 – imediatamente após e T3 – um mês após o treinamento). Os 17 residentes médicos e não médicos inscritos na intervenção de treinamento focam alocados em um dos grupos experimentais, conforme disponibilidade. O residente do Grupo experimental 1 participou de um treinamento de HSA *online,* com duração de 1 hora e 30 minutos, baseado em discussão de casos reais vivenciados por uma equipe multiprofissional, enquanto o do Grupo experimental 2 participou de um treinamento sobre o mesmo tema e carga horária, porém com método baseado na transmissão de informação teórica e, em seguida, discussão de casos reais. Os resultados dos três TJS sugeriram um aumento dos escores de aprendizagem dos residentes de ambos os grupos experimentais após o treinamento (T2), e um decaimento desses escores um mês após a intervenção (T3). Os resultados apontaram, também, escores mais elevados no pós-teste (T2) dos residentes que participaram do treinamento que combina duas estratégias instrucionais, transmissão de informação e discussão de casos. Embora a amostra final de participantes nos grupos experimentais tenha sido pequena, os resultados de aprendizagem podem fornecer informações valiosas aos desenhistas instrucionais e gestores de programas de residência em saúde para futuras ações de educação em saúde. Os TJS, construídos e aplicados nesta pesquisa, podem ser utilizados tanto para avaliar a aprendizagem quanto para compor o material instrucional de treinamentos de HSA com objetivos semelhantes. Espera-se que a pesquisa seja uma oportunidade de avanço na educação interprofissional em saúde, motivando novos esforços dos residentes e profissionais de saúde em direção a práticas colaborativas, apoiadas em conhecimentos científicos sobre HSA, psicologia instrucional e educação interprofissional em saúde.

Palavras-chave: educação interprofissional em saúde, treinamento, habilidades socioafetivas, aprendizagem, residentes.

General Abstract

The thesis aimed at developing socio-affective skills (SAS) trainings and instructional materials in the health residents (medical and non-medical) collaborative and interprofessional work. Six sequential and interdependent manuscripts were conducted to achieve the proposed objective. Through a literature review, the first manuscript presents an overview of interprofessional health education and SAS learning. Through another literature review, the second manuscript presents the changes in the structure and collaborative work of healthcare teams during the covid-19 pandemic, and the actions on SAS training adopted specifically in residency programs. The third manuscript identifies SAS learning gaps in a sample of medical and non-medical residents, through the analysis of critical incidents reported by preceptors and residents. The fourth manuscript shows the construction and validation of evidence of situational judgment tests (SJTs) used to assess learning. The fifth manuscript describes the planning and deployment of two SAS trainings in residents' collaborative multiprofessional work, based on theories of instructional design and findings from empirical studies as well as instructional materials. Finally, the sixth manuscript uses a mixed approach with a qualitative stage describing the training design, instructional materials, and SJTs to assess learning, and a quantitative stage, presenting a quasi-experiment and comparing learning scores between two experimental groups and at three timepoints (T1 - before training, T2 - immediately after, and T3 - one month after training). The 17 medical and non-medical residents enrolled in the training intervention were assigned to one of the experimental groups, depending on availability. The resident in experimental group 1 attended an online SAS training, lasting 1 hour and 30 minutes. The training was based on discussion of real cases experienced by a multiprofessional team. The resident in experimental group 2, in turn, attended a training on the same topic and workload, but with a method based on the transmission of theoretical information, followed by discussion of real cases. The results of the three TJS suggested an increase in the learning scores of residents from both experimental groups after training (T2), and a decrease in these scores 1 month after the intervention (T3). The results also pointed to higher post-test (T2) scores of residents who participated in the training combining two instructional strategies: information transmission and case discussion. Although the final sample of participants in the experimental groups was small, the learning outcomes may provide valuable information to instructional designers and health residency program managers for future health education actions. The SJTs constructed and applied in this research may be used both to assess learning and to compose instructional material for SAS trainings with similar objectives. The research is expected to be an opportunity to advance interprofessional health education, motivating further efforts by residents and health professionals toward collaborative practices, supported by scientific knowledge on SAS, instructional psychology, and interprofessional health education.

Keywords: interprofessional health education, training, socio-affective skills, learning, residents.

Introdução geral da tese

Grandes transformações ocorreram no campo da saúde nas últimas décadas, tais como a consolidação de práticas interprofissionais e o uso de métodos inovadores e ativos de aprendizagem, demandando, portanto, novas configurações de trabalho e atuações profissionais mais flexíveis e colaborativas (Payler, Meyer & Humphris, 2007; Pelletier et al., 2022). Essas mudanças foram impulsionadas por profissionais de saúde, educadores, formuladores de políticas públicas e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com o intuito de melhorar o atendimento ao paciente/usuário em diversas áreas da saúde (atendimento comunitário, saúde mental e hospitais etc.) e reduzir a fragmentação dos serviços e o isolamento do exercício profissional (Hammick Freeth, Koppel, Reeves & Barr, 2007).

Entretanto, diversos estudos científicos vêm alertando, ao longo dos anos, para altas taxas de erros cometidos na área de saúde, provocando um número considerável de óbitos e de prejuízos financeiros de aproximadamente bilhões de dólares (Hughes et al., 2016; Rice et.al., 2010; Xyrichis & Ream, 2008). Alguns estudiosos atribuem esse fato a falhas no trabalho colaborativo de equipes multi e interprofissionais em saúde (Carter, 2016; Xyrichis & Ream, 2008).

De acordo com o relatório da empresa de acreditação hospitalar *Joint Commission Internacional*, emitido em 2014, 68,3% dos erros cometidos na assistência em saúde estão relacionados às habilidades não técnicas, como a comunicação, o trabalho em equipe, a definição de tarefas e responsabilidades e a tomada de decisão em conjunto com outros profissionais (Abbad, Gaspar & Nascimento, 2020; Thistlethwaite & Moran, 2010). Essas habilidades incluem elementos sociais e afetivos, como a assertividade, a empatia, a expressão de sentimentos positivos, a civilidade e o manejo de conflitos (Del Prette & Del Prette, 2003; Del Prette & Del Prette, 2017; Lima & Soares, 2015; Lopes, Gerolamo, Del Prette, Musetti & Del Prette, 2015; Magalhães & Murta, 2003).

Há pouco consenso na literatura científica sobre o conceito das habilidades não técnicas, em virtude da sua amplitude e sensibilidade a variações culturais. Foram identificadas, ainda, na

literatura diversas terminologias utilizadas como sinônimos das habilidades não técnicas, a citar: habilidades sociais, afetivas, interpessoais, de comunicação e colaborativas. No presente estudo, optou-se por utilizar o termo habilidade socioafetiva (HSA), uma vez que reúne dois construtos relevantes e aderentes aos princípios do trabalho colaborativo realizado por equipes multi e interprofissionais em saúde: (i) habilidades sociais básicas, necessárias às relações interpessoais bem-sucedidas e pertinentes a cada cultura (Del Prette &Del Prette, 2017) e (II) estados afetivos, cruciais para a formação de vínculos humanos e para o processo de aprendizagem (Gaspar &Costa, 2011; Gondim & Mutti, 2011). A Teoria de Eventos Afetivos (Weiss & Cropanzano, 1996) fortaleceu a escolha do termo HSA, pois mostra o quanto os eventos gerados no cotidiano de trabalho (positivos ou negativos) impactam os estados afetivos dos profissionais e consequentemente a expressão de atitudes e comportamentos de interação social.

A investigação sobre as HSA no contexto de saúde tem sido considerada relevante e necessária, em virtude da sua forte relação com o trabalho colaborativo e multiprofissional. É evidente que os profissionais da área de saúde necessitam desenvolver habilidades cada vez mais complexas, tanto técnicas quanto atitudinais. No entanto, a área carrega uma herança de formações acadêmicas predominantemente voltadas ao desenvolvimento de habilidades técnicas específicas, inerentes à atuação de cada profissão, com pouca ênfase na aprendizagem de habilidades sociais e afetivas necessárias à prestação de uma assistência segura e integrada ao paciente (Collins et al., 2020; De Paula et al., 2016; Reeves et al., 2013; Da Silva et al., 2015).

No Brasil, foram adotadas políticas de reorientação na formação em saúde, entre elas a inserção de competências necessárias ao trabalho em equipes multi e interprofissionais (ex.: liderança, tomada de decisão e comunicação) nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em saúde (Abbad et al., 2016). A diretriz curricular do curso de medicina, por exemplo, a qual foi revisada em 2014, enfatizou a importância de uma ressignificação do paradigma biomédico e incentivou o ensino de habilidades de gestão compartilhada na formação médica, incluindo o paciente, o familiar e as equipes multi e interprofissionais no processo de assistência (Ferreira et al.,

2019). Apesar do esforço dessas diretrizes, percebe-se, ainda, em pesquisas nacionais, o predomínio de práticas pedagógicas unidisciplinares, as quais incluem a vivência colaborativa dos estudantes, somente em estágios mais avançados dos cursos de graduação (Abbad, Gaspar, & Nascimento, 2020).

Uma das consequências da manutenção desse modelo unidisciplinar de educação em saúde é o aumento de lacunas de aprendizagem de HSA no repertório de profissionais de saúde ao longo de toda a sua carreira, bem como a manutenção e o agravamento de barreiras ao trabalho colaborativo em situações de crise sanitária. Entre essas barreiras, estão principalmente o apego a linguagens técnicas específicas de cada profissão; o uso inconsistente ou inapropriado de conceitos distintos para definir e intervir em situações de trabalho; a falta de conhecimento sobre os papéis de cada profissional integrante de equipes e a disputa por espaços no mercado de trabalho. Essas barreiras fomentam relações verticalizadas entre os profissionais da equipe, segmentam informações de assistência ao paciente e reduzem a corresponsabilidade pelos resultados das intervenções em saúde (Abbad et al., 2016; Ababd, Gaspar & Nascimento, 2020; Altin et al., 2014; Hall, 2005; McPherson et al., 2001).

Em um contexto de crise na saúde pública mundial, como o da pandemia da covid-19, o trabalho colaborativo das equipes de saúde tornou-se ainda mais desafiador, pois envolveu transformações significativas nas rotinas assistenciais, na coordenação de novas fronteiras profissionais e na brusca demanda de flexibilização de papéis e de atribuições dos profissionais para garantir o enfrentamento da grave crise sanitária. A assistência ao paciente de covid-19 demandou a aprendizagem imediata e compulsória de habilidades técnicas e socioafetivas necessárias ao enfrentamento de um cenário marcado por incertezas, sofrimento e pressão contínua (Khalili & Xyrichis, 2020; Lackie et al., 2020; Tannenbaum et al., 2020).

A pandemia evidenciou lacunas de aprendizagem de HSA anteriormente identificadas em profissionais de saúde desde a sua formação e que parece não terem sido sanadas por ações de educação contínua ou permanente. A crise sanitária confirmou que as equipes não estavam

devidamente capacitadas para atuarem de forma colaborativa. De acordo com Ornell et al. (2020), durante o período pandêmico, os profissionais de saúde se concentraram, predominantemente, nos fatores biológicos, visando propor medidas de prevenção, contenção de tratamento da doença, negligenciando o cuidado dos seus estados afetivos, em nível individual ou coletivo, e de HSA favoráveis ao trabalho colaborativo em equipe.

A oferta de ações de treinamento sobre trabalho colaborativo em saúde na modalidade *online* foi impulsionada em função das medidas impostas de distanciamento social. Alguns programas de residência foram menos impactados do que outros neste período, uma vez que já possuíam uma sólida cultura de interação multiprofissional, bem como de participação em atividades educacionais mediadas por tecnologias (Belarmino et al., 2020; Fonseka et al., 2020). Houve também, neste período, um aumento de ações de treinamento focadas no bem-estar psicológico do profissional. Porém, nos programas de residência médica, observou-se ainda uma priorização do desenvolvimento de habilidades técnicas em comparação com as não técnicas ou socioafetivas (Rieckert et al., 2021; Soklaridis et al., 2020; Vizheh et al., 2020).

As ações de educação interprofissional (EIP) em saúde, que já vinham sendo consideradas por tomadores de decisão como, prioridades nacionais e internacionais (Escalda & Parreira, 2018; Reeves et al., 2011), tornaram-se pautas ainda mais relevantes nos últimos anos (Khalili & Xyrichis, 2020; Langlois et al., 2020). Segundo a OMS (WHO, 2013), as ações de EIP (intervenções educacionais de curta ou longa duração; treinamentos; e programas de desenvolvimento de pessoas) possibilitam o aperfeiçoamento de diferentes habilidades, contribuindo para a oferta de serviços mais eficientes e eficazes aos pacientes/usuários (Chang et al., 2019; Reeves et al., 2013; Richard et al., 2018; Thistlethwaite & Moran, 2010; Villemure et al., 2018).

O cenário formativo dos programas de residência em saúde, contexto escolhido para realização da presente pesquisa, é adequado para a investigação da aprendizagem de HSA em contextos multi e interprofissionais em saúde, visto que, diferentemente dos estudantes da graduação em saúde, os residentes estão imersos em cenários de prática profissional, que possibilita

aprendizagens significativas e transferência imediata de aprendizagens no ambiente de trabalho (Casanova et al., 2015). Durante a experiência pandêmica, também foram produzidas pesquisas que relataram ações de EIP em programas de residência médica e multiprofissional (Chiu et al., 2021; Fonseka et al., 2020; Stark et al., 2022) e mostraram que a crise sanitária também oportunizou excelentes oportunidades de aprendizagem para os profissionais da área de saúde (Liang e Wang, 2020).

A educação permanente em saúde[1], realizada em serviço ou adotando cenários simulados, é descrita na literatura como crucial para o aprimoramento e o desenvolvimento de habilidades complexas que envolvem o ensino de comportamentos pertencentes aos três domínios de aprendizagem (cognitivo, afetivo e psicomotor). Há evidências de que a simulação de trabalho interprofissional em saúde possibilita o desenvolvimento de aspectos técnicos e não técnicos inerentes à assistência ao paciente (Abbad et al., 2016; Chang et al., 2019). Os efeitos de diferentes tipos de estratégias e métodos de ensino nos resultados da aprendizagem de profissionais e equipes de saúde têm sido pesquisados, porém ainda são inconclusivos, indicando que treinamentos em habilidades sociais e afetivas produzem efeitos moderados no comportamento dos profissionais. (Hughes et al., 2016; Salas et al., 2008).

Apesar do crescimento da produção científica nas áreas de EIP em saúde e de Treinamento, Desenvolvimento e Educação (TD&E), os resultados de um conjunto de revisões de literatura analisadas detalhadamente mais adiante nesta tese indicaram lacunas de pesquisa relevantes, as quais precisam ser estudadas de forma mais aprofundada e investigadas em modelos de pesquisa, a saber:

- Heterogeneidade e falta de consenso de conceitos associados às HSA (Del Prette & Del Prette, 2017; Mata et al., 2021; Moscon et al., 2021) e ao trabalho colaborativo de

[1] Refere-se ao espaço de aprendizagem contínua no trabalho ou em serviço, com envolvimento ativo dos profissionais de saúde, e foco no desenvolvimento de competências que atendam às necessidades de usuários e pacientes. No Brasil, esse conceito difere-se da educação continuada, que foca em atividades de ensino específicas após a graduação em saúde (Abbad et al., 2016).

equipes multi e interprofissionais (Xyrichis & Ream, 2008; Xyrichis et al., 2017);

- Poucas pesquisas de alta qualidade investigando a eficácia de treinamentos em equipes multiprofissionais (Hughes et al., 2016; Reeves et al., 2013);
- Ausência de avaliações sistemáticas de necessidades de aprendizagem como recomendadas pela abordagem de sistemas instrucionais (Abbad & Mourão, 2012; Aguinis & Kraiger, 2009; Bell et al., 2017; Borges-Andrade, 2006);
- Pouco detalhamento da etapa de planejamento instrucional, como a elaboração de objetivos instrucionais, definição de desempenhos esperados, sequenciamento de conteúdos etc. (Abbad, Zerbini et al., 2006; Kraiger & Ford, 2020);
- Aplicação de instrumentos de avaliação de aprendizagem sem evidências de validade em pesquisas sobre eficácia de treinamentos (Fung et al., 2015; Marlow, Bisbey, Lacerenza & Salas, 2018);
- Poucos estudos que descrevem a construção e aplicação de Testes de Julgamento Situacional (TJS) que mensurem HSA no ambiente de residências em saúde em diversos momentos no tempo (Kang et al., 2022; Reed et al., 2021). Esses testes são considerados valiosos preditores de desempenhos futuros do profissional em saúde e diferem da autoavaliação de aprendizagem, geralmente adotadas no ensino tradicional, pois exigem do aprendiz o uso de habilidades de criação e solução de dilemas complexos da realidade (Reed et al., 2021);
- Poucos estudos que apresentam resultados consistentes de aprendizagem de HSA no trabalho colaborativo de equipes multiprofissionais (Dietz et al., 2014; Gondim & Mutti, 2011; Hughes et al., 2016);
- Falta de estudos com delineamentos experimentais robustos que investiguem a aprendizagem de HSA de residentes em saúde (Chasset et al., 2022; Hughes et al., 2016; Mata et al., 2021).

Diante das lacunas científicas apresentadas, serão listados, em seguida, questionamentos

que nortearam o desenvolvimento da respectiva tese:

- Quais são as principais lacunas de aprendizagem de HSA no trabalho colaborativo multi e interprofissional de residentes em saúde?
- Como HSA favoráveis ao trabalho colaborativo podem ser aprimoradas por meio de intervenções de treinamento?
- Quais são os desenhos de treinamento mais adequados para ensinar HSA no contexto multiprofissional de residências em saúde?
- Quais são os formatos de instrumentos de avaliação de aprendizagem de HSA que apresentam maior potencial ou evidências de validade psicométrica?

Com o intuito de responder às perguntas de pesquisa e minimizar lacunas científicas identificadas na literatura sobre o tema, busca-se nesta tese: Elaborar treinamentos e materiais instrucionais sobre habilidades socioafetivas no trabalho colaborativo e interprofissional de residentes (médicos e não médicos) em saúde. Foram desenvolvidos seis manuscritos, sequenciais e interdependentes, apresentados em formato de artigos científicos. A Tabela 1 mostra a estrutura da tese, composta pelos objetivos dos seis manuscritos, estratégias metodológicas, resultados esperados e considerações finais.

Tabela 1

Estrutura da Tese Composta por Seis Manuscritos

	Nome do Manuscrito	**Objetivo(s) e hipóteses**	**Estratégias metodológicas**	**Resultados esperados**
Manuscrito 1	Educação interprofissional e habilidades socioafetivas no trabalho colaborativo em saúde: uma revisão integrativa	Caracterizar os treinamentos voltados ao trabalho em equipes inter e multiprofissionais em saúde.	Revisão integrativa de literatura (período 2000-2020).	Análise da produção científica sobre EIP em saúde no período 2000-2020.
Manuscrito 2	Impactos da pandemia da covid-19 na educação interprofissional de residentes em saúde: uma revisão integrativa	Analisar treinamentos realizados com residentes de saúde durante a pandemia da covid-19, com foco na aprendizagem de HSA relevantes ao trabalho colaborativo.	Revisão integrativa de literatura (período 2020-2022).	Análise da produção científica sobre os impactos da pandemia da covid-19 na EIP de residentes médicos e não médicos no período 2020-2022.
Manuscrito 3	Necessidades de aprendizagem de habilidades socioafetivas em equipes de residência em saúde	Avaliar necessidades de aprendizagem de HSA em uma amostra de residentes médicos e não médicos.	Estudo de delineamento qualitativo com aplicação de entrevistas semiestruturadas e análise qualitativa do conteúdo das entrevistas a partir de categorias de conteúdo extraídas de incidentes críticos e de revisões de literatura.	Diagnóstico de demandas de aprendizagem de HSA no trabalho colaborativo multiprofissional de residentes médicos e não médicos.
Manuscrito 4	Construção de testes de julgamento situacional na educação interprofissional em saúde	i) Descrever o processo de construção e busca de evidências de validade semântica e de conteúdo de TJS no trabalho de residentes em saúde; (ii) Descrever a construção de uma folha de correção (gabarito) dos TJS e (iii) Testar a equivalência da complexidade dos conteúdos dos itens dos TJS.	Estudo de delineamento misto sequencial e exploratório, com análises qualitativas (semântica e de conteúdo) dos TJS e quantitativas (estatísticas descritivas e inferenciais) dos resultados da aplicação piloto dos testes.	Três testes de julgamento situacional que mensurem a aprendizagem de HSA de residentes médicos e não médicos. Folha de correção de TJS com base em critérios bem definidos.

	Nome do Manuscrito	Objetivo(s) e Hipóteses	Estratégias metodológicas	Resultados esperados
Manuscrito 5	Treinamentos em habilidades socioafetivas para residentes da área de saúde	Relatar o processo de elaboração de três treinamentos sobre HSA, que possuem métodos distintos para residentes, bem como a confecção dos materiais instrucionais necessários à implantação de tais treinamentos.	Estudo de delineamento descritivo, com análises qualitativas na literatura sobre treinamentos de HSA a partir de categorias extraídas de metanálise e teorias de desenho instrucional e análises semânticas do material instrucional por especialistas em avaliação da qualidade instrucional	- Plano instrucional de três tipos de treinamentos (prático, teórico-prático e teórico) de HSA no trabalho colaborativo em saúde - Três treinamentos *online* de HSA no trabalho colaborativo de residentes médicos e não médicos.
Manuscrito 6	Quase experimento de avaliação de treinamentos de habilidades socioafetivas para residentes em saúde	***H1:*** Não há diferença significativa entre os escores obtidos pelos dois grupos experimentais (GE1 e GE2) no pré-teste (T1). ***H2***: Os escores obtidos pelo Grupo Experimental 2 serão mais altos do que os obtidos pelo Grupo Experimental 1 no pós-teste (T2) ***H3:*** Os escores obtidos pelo Grupo Experimental 2 serão mais altos do que os obtidos pelo Grupo Experimental 1 no pós-teste (T3). ***H4:*** Para o Grupo Experimental 1, os escores no pós-teste (T2) são maiores do que os escores no pré-teste (T1). ***H5***: Para o Grupo Experimental 2, os escores no pós-teste (T2) são maiores do que os escores no pré-teste (T1). ***H6:*** Para o Grupo Experimental 1, os escores no pós-teste (T3) são maiores do que os escores no pós-teste (T2).	Estudo quase experimental com duas condições experimentais (dois treinamentos), sem grupo controle, e delineamento longitudinal com 1 pré-teste e dois pós-testes. Análises qualitativas das respostas aos testes, a partir de uma folha de correção e análises quantitativas (estatísticas descritivas e inferenciais) dos escores de aprendizagem dos residentes nos TJS em três momentos no tempo (T1, T2 e T3).	Retenção de aprendizagem de HSA no trabalho colaborativo multiprofissional de residentes em saúde.

	Nome do Manuscrito	Objetivo(s) e Hipóteses	Estratégias metodológicas	Resultados esperados
Manuscrito 6		***H7:*** Para o Grupo Experimental 2, os Escores no pós-teste (T3) são maiores do que os escorres no pós-teste (T2).		
Considerações finais e recomendações				

Nota. H = Hipóteses.

O **Manuscrito 1** tem o objetivo caracterizar os treinamentos voltados ao trabalho em equipes inter e multiprofissionais em saúde. Para tanto, foi realizada uma revisão de literatura que integrou três focos de estudos: (i) trabalho colaborativo de equipes inter e multiprofissionais, (ii) educação interprofissional em saúde (EIP) e (iii) HSA aplicáveis ao contexto de saúde. Em virtude da pandemia da covid-19, que eclodiu durante no período de elaboração deste trabalho, foi realizada uma segunda revisão de literatura (**Manuscrito 2**), com o objetivo de analisar treinamentos realizados com residentes de saúde durante a pandemia da covid-19, com foco na aprendizagem de HSA relevantes ao trabalho colaborativo.

Ambas as revisões de literatura foram feitas por meio de uma busca em 360 graus nas bases de dados eletrônicas do Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Os manuscritos 1 e 2 detalham características mais promissoras de treinamentos realizados com equipes de saúde, as quais subsidiam decisões teórico-práticas exigidas nas etapas de análise de necessidades de treinamento (Manuscrito 3), planejamento instrucional (manuscritos 4 e 5) e avaliação (Manuscrito 6).

O **Manuscrito 3** tem como objetivo avaliar demandas de aprendizagem de HSA adotadas por residentes no contexto multiprofissional em saúde. Esse diagnóstico de necessidades de aprendizagem foi realizado por meio de entrevistas com residentes e preceptores de programas de residência médica e multiprofissional no Brasil. Foram extraídas das entrevistas situações reais extremas (críticas) que evidenciavam problemas nas interações socioafetivas nas rotinas de trabalho e contexto multiprofissional dos residentes.

O **Manuscrito 4** relata o processo de elaboração e busca de evidências de validade de três testes de julgamento situacional (TJS) que mensuram HSA de residentes médicos e não médicos. O conteúdo dos testes foi submetido a investigações de validade de conteúdo por especialistas de diversas formações. Os três testes, que descrevem situações vivenciadas por profissionais de saúde em diversos contextos de trabalho, são equivalentes entre si, quanto ao grau de complexidade das questões e à natureza das habilidades sociais e afetivas incluídas nos instrumentos.

O **Manuscrito 5** descreve o processo de planejamento e construção de dois treinamentos de HSA com base em necessidades de aprendizagem identificadas em uma amostra de residentes médicos e não médicos, em teorias de desenho instrucional e em evidências da eficácia de métodos e recursos de ensino e treinamento. Os treinamentos foram *online*, de curta duração e possuíam métodos distintos, sendo um deles baseado em discussão de casos práticos e reais vivenciados por uma equipe multiprofissional e outro, baseado em estratégia de transmissão oral de informação teórica, seguida de discussão de casos reais.

O **Manuscrito 6** descreve um quase experimento que avalia, com base em critérios de correção previamente definidos a partir de discussão com especialistas, a aprendizagem de HSA em dois grupos de residentes da área de saúde. Foram realizadas intervenções de treinamento sob duas condições experimentais distintas (treinamento prático e teórico-prático); aplicados TJS em três momentos tempo (antes do treinamento – T1; imediatamente após o treinamento – T2 e um mês após o treinamento – T3) e testadas sete hipóteses, amparadas em estudos extraídos da literatura científica.

A última seção da tese, considerações finais e recomendações da tese, conecta os principais resultados dos seis manuscritos e aponta contribuições, limitações e agendas de pesquisa. A tese indica proposições teórico-práticas relevantes para o campo da educação interprofissional em saúde, pois (i) apresenta um panorama das estratégias de treinamento de HSA eficazes ao trabalho multiprofissional em saúde adotadas em diversos países do mundo antes e depois da pandemia da covid-19; (ii) apresenta, de forma detalhada, o planejamento de dois treinamentos de HSA, com

métodos distintos, específicos para residentes médicos e não médicos do primeiro ano, com base em análises de necessidade de treinamento e princípios da teoria instrucional; (iii) descreve o processo de construção e obtenção de evidências de validade de testes de julgamento situacional, que podem ser replicados em treinamentos de HSA com objetivos instrucionais semelhantes; e (iv) avalia, longitudinalmente, os resultados de aprendizagem de HSA em residentes da área de saúde.

A tese oferece informações aos educadores em saúde sobre estratégias de ensino e de avaliação da aprendizagem de residentes médicos e não médicos, oportunizando reflexões e avanços no desenvolvimento profissional e melhoria na qualidade da assistência ao paciente.

Manuscrito 1: Educação interprofissional e habilidades socioafetivas no trabalho colaborativo em saúde: uma revisão integrativa

Resumo

Este estudo relata uma revisão integrativa da literatura sobre educação interprofissional em saúde (EIP), com foco na aprendizagem de habilidades socioafetivas (HSA) de trabalho em equipe. Este estudo objetivou caracterizar os treinamentos voltados ao trabalho em equipes inter e multiprofissionais em saúde. Foi realizada uma busca em 360 graus por artigos científicos sobre EIP e HSA revisados por pares e publicados em português, inglês e espanhol, no período de 2000 a 2020 no portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Inicialmente, identificou-se 1.948 artigos, porém foram excluídos os estudos essencialmente teóricos e realizados exclusivamente com estudantes de graduação em saúde. Ao final, foram incluídas 32 revisões de literatura e 64 estudos empíricos sobre ações de EIP realizadas com profissionais da área de saúde. Os resultados revelam que as habilidades técnicas são mais treinadas e priorizadas em relação às HSA. Predominam os treinamentos baseados em informação, demonstração e prática, de modalidade presencial, com longa duração e com aplicação de medidas de avaliação (pré e pós-testes) perceptuais e de autorrelato. Os treinamentos não são elaborados com base em avaliações sistemáticas de necessidade de treinamento e possuem pouca participação multiprofissional. Reforçam, ainda, que as HSA precisam ser treinadas periodicamente nos diversos contextos de saúde e sob condições instrucionais específicas, com intuito de promover práticas colaborativas efetivas entre os integrantes de equipes multi e interprofissionais e, consequentemente, melhorar a assistência prestada ao paciente.

Palavras-chave: educação interprofissional, habilidades socioafetivas, equipes de saúde, revisão integrativa, trabalho colaborativo.

Introdução

A formação profissional em saúde, apesar dos esforços de reestruturação dos currículos dos cursos de graduação das profissões de saúde no Brasil e em outros países, ainda é

predominantemente técnica e pautada no modelo biomédico tradicional de saúde-doença. Esse modelo não explora e nem reflete as implicações de aspectos psicossociais que emergem das interações entre profissionais na qualidade do cuidado e assistência ao paciente. Os cursos de graduação em saúde no Brasil adotam currículos uniprofissionais que oferecem poucas oportunidades de prática de trabalho em equipes interprofissionais e de contato de estudantes e profissionais de diversas áreas de atuação profissional, especialidades e áreas de conhecimento (Reeves, 2016; Reeves et al., 2013).

Nas últimas duas décadas, no entanto, pesquisadores e educadores têm reunido esforços para alterar esse quadro, indicando sucessivos resultados de pesquisa que mostram a importância das práticas de EIP para a qualidade da assistência em saúde (D'Amour & Oandasan, 2005; Hammick et al., 2007; Reeves, 2016; Reeves et al., 2013; Reeves et al., 2008; Zwarenstein et al., 2000). O Reino Unido, por exemplo, abriga, desde 1987, uma organização de referência internacional (*Centre for the Advancement of Interprofessional Education* - CAIPE) formada por estudantes, profissionais, empresas e usuários de serviços de saúde, que visam, conjuntamente, aprimorar o cuidado e segurança da assistência prestada aos pacientes e comunidades por meio de ações de EIP (Reeves et al., 2016; Reeves et al., 2011). A adoção de modelos tradicionais de formação de profissionais de saúde tem resultado em uma formação predominantemente técnica e reducionista, que não prepara adequadamente os profissionais para o trabalho em equipes inter e multidisciplinares (Abbad, Gaspar, & Nascimento, 2020).

O cuidado integral ao paciente, baseado no modelo biopsicossocial de atenção à saúde, como preconizado pelas políticas de saúde pública do Sistema Único de Saúde (SUS), depende fundamentalmente do trabalho colaborativo em equipes multiprofissionais (Abbad et al., 2016). Porém, a formação e a educação permanente não têm oferecido oportunidades de desenvolvimento de habilidades sociais e afetivas, imprescindíveis para garantir segurança e assistência de alta qualidade ao paciente (Abbad, Gaspar, & Nascimento, 2020).

O trabalho colaborativo em saúde, realizado por profissionais de diferentes formações acadêmicas e especialidades, tem sido foco de estudo de pesquisadores nas últimas décadas, em virtude da sua relação positiva com a qualidade da assistência prestada ao paciente. A qualidade do trabalho colaborativo inter e multiprofissional depende de múltiplos fatores, entre os quais está o domínio de diversas habilidades técnicas e procedimentais e de habilidades socioafetivas (HSA) (Hammick et al., 2007; Reeves, 2016; Reeves et al., 2011; Reeves et al., 2013; Reeves et al., 2008; Rice et al., 2010; Zwarenstein et al., 2000).

A educação interprofissional em saúde (EIP) é considerada uma valiosa estratégia para o aprimoramento de HSA e do trabalho colaborativo multiprofissional (D'Amour & Oandasan, 2005; Langlois et al., 2020; Reeves, 2016). Porém, ainda são pouco frequentes os estudos que investigam, profundamente e com rigor metodológico, como os treinamentos de HSA em contextos multiprofissionais em saúde têm sido concebidos (avaliações de necessidade de treinamento), planejados (desenhos e métodos instrucionais), implantados (modalidade, espaçamento, contexto) e avaliados (instrumentos e tempo de mensuração).

A comunicação, a empatia, a capacidade de resolução de conflitos (Del Prette & Del Prette, 2003; Del Prette & Del Prette, 2017), o trabalho em equipe, a tomada de decisão colaborativa, o suporte mútuo e o reconhecimento de papéis (Xyrichis et al., 2017) são exemplos de HSA, mencionadas na literatura, consideradas relevantes ao trabalho multi e interprofissional em saúde. Estudos empíricos vêm apontando lacunas de aprendizagem de HSA em profissionais de saúde (Hughes et al., 2016), especificamente residentes médicos e não médicos (Allen et al., 2022; Brown et al., 2016; Garth et al., 2018), docentes universitários (Brown et al., 2016; Gaspar, 2018; Gaspar et al., 2020) e estudantes de graduação em saúde (Gaspar et al., 2021).

A falta de domínio dessas HSA por profissionais que atuam em contextos de interdependência de tarefas e responsabilidades, como os das equipes multi e interprofissionais, consiste em um grave problema, pois fragmenta a assistência prestada ao paciente e fragiliza as interações de trabalho das equipes (Reeves, 2016). Esse problema se tornou ainda mais evidente

durante a pandemia da covid-19, que exigiu adaptações bruscas e não planejadas na configuração das equipes de saúde, na forma de trabalho e nas interações sociais (Khalili & Xyrichis, 2020; Traylor et al., 2021).

De acordo com Reeves (2016), a oferta de treinamentos de habilidades não técnicas, voltadas ao trabalho colaborativo interprofissional, no formato de participação voluntária, é um indício de que esse tipo de treinamento é menos priorizado que os treinamentos focados essencialmente em habilidades técnicas e procedimentais. Entretanto, relatórios técnicos da área de saúde apontam uma relação de causalidade entre o aumento de eventos indesejáveis, associados ao cuidado e à segurança do paciente, e o uso inapropriado de habilidades não técnicas (Strategies CRICO, 2015; The Joint Commission, 2015), reforçando, assim, a necessidade de intervenções educativas periódicas, efetivas e obrigatórias nas carreiras clínicas dos profissionais.

Há evidências científicas mais consistentes sobre as condições que geram resultados positivos de aprendizagem de habilidades técnicas do que das não técnicas. Esse fato pode ser atribuído à complexidade, diversidade e pouca valorização das HSA (Hughes et al., 2016; McCulloch, et al., 2009). Um treinamento técnico de habilidades psicomotoras, como, por exemplo, o procedimento de ressuscitação cardiorrespiratória, demanda métodos ativos de aprendizagem, como a simulação realística de baixa e alta fidelidade, bem como estratégias de repetição e variação de cenários/situações trabalhadas, a fim de garantir retenção e generalização de aprendizagem (Lima et al., 2018).

A revisão de Mata et al. (2021) aponta resultados positivos de treinamento de HSA, que também utilizam métodos ativos de aprendizagem, porém os resultados de aprendizagem ainda são heterogêneos e pouco consistentes. Justifica-se, portanto, a realização de pesquisas que investiguem as características desses treinamentos que foquem no aprimoramento de HSA e sob quais condições eles produzem melhores resultados de aprendizagem para o profissional de saúde que integra uma equipe multiprofissional.

Foi identificado na literatura um predomínio de treinamentos de HSA voltadas para a melhoria da interação entre profissional, paciente e familiares (Bragard et al., 2010; Curtis et al., 2013; Fallowfield et al., 2003; Jensen et al., 2011; Heaven et al., 2006; Helitzer et al., 2011), como a transmissão de más notícias, escuta ativa, comunicação centrada no paciente, sumarização de informações ao paciente etc. Foram identificados, também, treinamentos que combinaram conteúdos de HSA com os de habilidades técnicas e procedimentais, a exemplo do cuidado de pacientes com doenças crônicas (Agreli et al., 2019), do transporte de pacientes em estado crítico (Chang et al., 2019), do desempenho de tarefas em situações de eclampsia (Ellis et al., 2008) e do manejo clínico em situações de morbidade e mortalidade perinatal (Riley et al., 2011). Em menor frequência, foram identificados os treinamentos que abordavam exclusivamente as HSA no trabalho colaborativo multi e interprofissional, como empatia e relacionamento interpessoal (Yamada et al., 2018); trabalho em equipe e colaboração interprofissional (Mink et al., 2019); comunicação, liderança, compreensão de papéis e consciência da situação (Boet et al., 2016).

Apesar do crescimento de pesquisas que descrevem ações de EIP, por que ainda são identificadas lacunas de aprendizagem em HSA nos profissionais de saúde? De que forma esses profissionais estão sendo treinados? Quem está sendo treinado?

O objetivo deste estudo é caracterizar os treinamentos voltados ao trabalho em equipes inter e multiprofissionais em saúde. Como objetivos específicos, buscou-se identificar os tipos de desenhos instrucionais mais utilizados em ações de EIP eficazes, bem como os instrumentos de avaliação utilizados para mensurar possíveis efeitos dessas ações nos indivíduos e nas equipes. Na próxima seção, serão apresentados os conceitos de equipe multi e interprofisisonal em saúde e de HSA, com o intuito de facilitar a compreensão das características das ações de EIP implantadas no cenário da saúde (conteúdos instrucionais, métodos de ensino, público-alvo, intrumentos de avaliação e tipos de resultados gerados), que serão apresentadas nos resultados desta revisão, atingindo, assim, os objetivos deste estudo.

Referencial teórico

Há na literatura múltiplos conceitos de equipes de trabalho. Ao revisar mais de 50 anos da pesquisa psicológica sobre efetividade de grupos e equipes de trabalho, Kozlowski e Ilgen (2006) indicaram que uma equipe de trabalho pode ser definida como duas ou mais pessoas que interagem socialmente; possuem, no mínimo, um objetivo em comum; apresentam interdependências em relação ao fluxo de trabalho, metas e resultados; têm funções e responsabilidades distintas; e estão inseridas em um sistema organizacional com conexões e limites mais amplos.

O construto trabalho em equipe tem despertado grande interesse de pesquisadores de diversas áreas do conhecimento, entre as quais estão as áreas de ensino em saúde e psicologia, em virtude de características específicas que o tornam distinto do trabalho individual (Puente-Palacios et al., 2014; Salas et al., 2008). O conceito de equipe difere, no entanto, do de grupo, o qual pode ser formado por duas ou mais pessoas que almejam o alcance de determinado objetivo, porém que não dependem necessariamente da atuação de um outro integrante (Puente-Palacios et al., 2014). Peduzzi et al. (2020) afirmam que podem existir grupos de pacientes e de familiares, porém quando a referência é destinada aos profissionais de saúde, o conceito mais apropriado é o de equipes de trabalho. Salas e Cannon-Bowers (2000) defenderam que o trabalho em equipe, independentemente da área de atuação, possui vantagens significativas em relação ao trabalho individual, pois possibilita oportunidades de compartilhamento de experiências pessoais e profissionais, exige adaptabilidade e estimula processos criativos.

As pesquisas científicas em saúde que exploraram o conceito de equipe cresceram nos últimos 20 anos e indicaram caraterísticas ainda mais específicas e exclusivas desse contexto. Consequentemente, aumentou também a necessidade de treinar as pessoas para que possam trabalhar em equipes formadas por profissionais de distintas formações acadêmicas e especialidades (Buljac-Samardzic et al., 2020).

Em relação às equipes de trabalho em saúde, foram identificados na literatura diferentes conceitos no período de 1976 a 2006 (Xyrichis & Ream, 2008). Atualmente, essa diversidade e

imprecisão conceitual ainda permanece evidente (Xyrichis, Reeves & Zwarenstein, 2017). Uma distinção bastante complexa, por exemplo, é entre trabalho em equipe e colaboração em equipe, visto que são conceitos que compartilham muitos elementos em comum. Dois profissionais de saúde, por exemplo, podem colaborar ativamente dentro de uma equipe, mas podem não fazer parte do processo de tomada de decisão sobre um cuidado específico prestado ao paciente (Xyrichis & Lowton, 2008; Xyrichis & Ream, 2008).

Existem algumas características peculiares do trabalho em equipe na área de saúde, como a alta rotatividade de profissionais nas equipes, a presença de diferentes papéis e responsabilidades entre integrantes de distintas profissões e a alta interdependência de algumas tarefas (Hughes et al., 2016). Em determinados casos, os profissionais de saúde realizam suas tarefas em um mesmo contexto de trabalho, porém não se comunicam e tampouco tomam decisões em conjunto.

Uma diferenciação importante é entre os conceitos de multidisciplinariedade, multiprofissionalidade, interdisciplinaridade e interprofissionalidade (D'Amour & Oandasan, 2005; Peduzzi et al., 2020). Uma equipe multiprofissional é composta por três ou mais profissionais de distintas formações como médico, enfermeiro e psicólogo. A equipe multidisciplinar é composta por integrantes de uma mesma formação acadêmica, porém de diferentes especialidades ou áreas do conhecimento. Dessa forma, dentro de uma mesma profissão há outras disciplinas e especialidades, a exemplo de médicos pediatras, cardiologistas pediatras e cirurgiões pediátricos (D'Amour & Oandasan, 2005; Hammick et al., 2007; McPherson et al., 2001; Peduzzi et al., 2020; Reeves et al., 2010).

Uma equipe interprofissional abarca duas ou mais formações acadêmicas distintas que interagem em função de um objetivo comum, enquanto a interdisciplinar é composta por integrantes de diferentes especialidades ou áreas de conhecimento que também se relacionam de forma interdependente. Um exemplo é a composição multiprofissional e multidisciplinar de uma equipe cirúrgica, na qual diversas profissões e/ou especialidades trabalham de forma interativa,

visando alcançar o objetivo comum do procedimento (Dietz et al., 2014, Reeves et al., 2013; Richard et al., 2018; Tomizawa et al., 2016; Xyrichis & Ream, 2008; Zwarenstein et al., 2000).

Os diversos conceitos mencionados na literatura sobre equipes de trabalho em saúde reúnem características e elementos importantes e compatíveis com a complexidade da área de saúde. Uma compreensão imprecisa e incompleta do conceito de equipe de trabalho, por exemplo, pode desencadear prejuízos tanto no manejo de tarefas e responsabilidades entre os profissionais da equipe (Xyrichis et al., 2017) quanto na consistência dos resultados de pesquisa na área de saúde (Wheelan et al., 2003).

O trabalho colaborativo em saúde vai além do conceito de equipes interprofissionais, pois abarca os pacientes/clientes/usuários, seus familiares e a comunidade. Um trabalho pode ser considerado colaborativo quando a parceria interprofissional e a responsabilidade dos integrantes da equipe se sobrepõem aos elementos de competitividade e de autonomia plena de determinadas profissões. A abordagem centrada no paciente é umas das características da prática colaborativa interprofissional, pois reúne esforços coletivos direcionados a uma assistência de qualidade (D'Amour & Oandasan, 2005).

Durante muitos anos, as tipologias de trabalho colaborativo focaram, essencialmente, na frequência com que os profissionais realizavam suas atividades conjuntamente e compartilhavam informações (Clark & Drinka, 2000). Diante desse cenário, fez-se necessário o desenvolvimento de tipologias que incluíssem outros elementos relacionados à natureza da prestação de serviços de saúde, pois, à medida que ela se torna mais complexa, previsível e urgente, mudam os padrões das atividades interprofissionais (Xyrichis et al., 2017).

Reeves et al. (2010) conceberam dimensões do trabalho colaborativo desenvolvido por equipes interprofissionais em saúde por meio de uma taxonomia de atividade interprofissional, denominada *InterPACT*. O conceito de equipe mais comumente utilizado na literatura não comporta os diversos formatos de interação entre profissionais que prestam serviços de saúde. A taxonomia *InterPACT* segue uma abordagem contingencial e surge, portanto, como uma proposta de

classificação mais aplicável ao contexto da saúde. Essa taxonomia possui seis dimensões distintas e necessárias ao trabalho colaborativo, que variam em níveis de intensidade a depender do tipo de contexto do trabalho e da natureza da tarefa, que podem diferir-se no nível de complexidade, previsibilidade e urgência (Xyrichis et al., 2017):

1 - Comprometimento compartilhado da equipe: apego psicológico que os profissionais de saúde sentem em relação à sua equipe;

2 - Identidade compartilhada da equipe: significados atribuídos à equipe pelos próprios integrantes;

3 - Clareza dos objetivos interprofissionais da equipe: compreensão e articulação de propósitos em comum aos integrantes, assim como o nível de ambição da equipe;

4 - Clareza dos papéis e responsabilidades: entendimento das tarefas e atividades específicas a cada integrante da equipe;

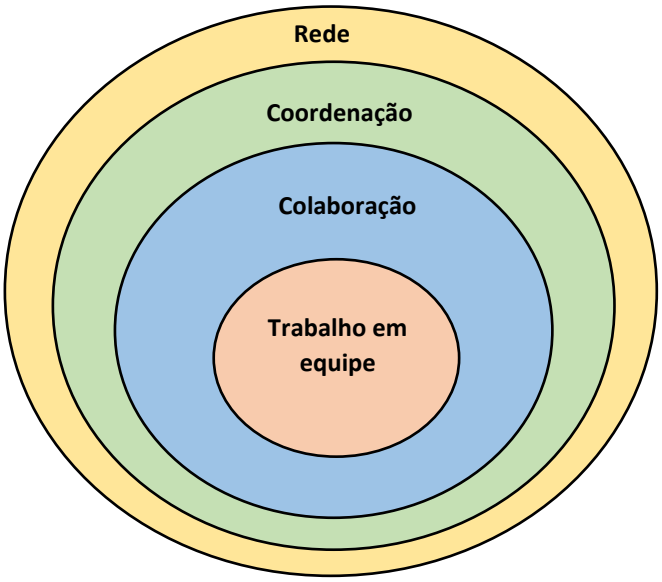
5 - Interdependência da equipe: decisões e escolhas compartilhadas por integrantes da equipe;

6 - Integração das práticas de trabalho: alinhamento da prática profissional em relação aos resultados produzidos pela equipe.

Essas seis dimensões propostas na taxonomia servem também para distinguir diversas formas de trabalho interprofissional, que não sejam restritas ao trabalho em equipe, visto que a rotina do cuidado/assistência em saúde exige que as equipes alternem diferentes modalidades de atuação interprofissional (Reeves et al., 2010). Dessa forma, além da configuração de trabalho em equipe, Reeves et al. (2010) propõem outros tipos de desenho como: colaboração, coordenação e rede, conforme apresentado na Figura 1 (Reeves et al., 2010; Reeves et al., 2017; Xyrichis et al., 2017).

Figura 1

Tipos de Desenhos de Equipes Interprofissionais



De acordo com a Figura 1, o desenho “trabalho em equipe” é considerado o menor modelo de produção de cuidado assistencial. Trata-se de um modelo bastante estruturado, com níveis de intensidade altos nas seis dimensões da taxonomia *Interpact*. Suas tarefas são consideradas, em geral, imprevisíveis, urgentes e complexas, compatíveis com os departamentos de emergência/ pronto-socorro (Xyrichis et al., 2017). Os demais tipos de desenho (colaboração, coordenação e rede) vão perdendo o nível estruturação e de intensidade nas seis dimensões, e passam a incluir formas mais flexíveis e diversificadas de cuidado, até alcançar o desenho de rede, o qual é o mais amplo e possibilita a integração de uma gama de profissionais de saúde no exercício assistencial.

A Tabela 1 apresenta, mais detalhadamente, as diferenças entre esses tipos de desenho de trabalho colaborativo, por meio das dimensões da taxonomia *Interpact.*

Tabela 1

Taxonomia do Trabalho Colaborativo Interprofissional (InterPACT)

Dimensões das atividades /Tipos de desenhos	Comprometimento compartilhado da equipe	Identidade compartilhada da equipe	Clareza dos objetivos da equipe	Clareza dos Papéis e responsabilidades	Interdependência entre os membros da equipe	Integração entre as práticas de trabalho
Trabalho em equipe	****	****	****	****	****	****
Colaboração	****	***	***	***	***	***
Coordenação	***	***	***	**	**	**
Rede	**	**	**	*	*	*

Nota. Intensidade esperada: * Baixa; ** Moderada; *** Alta; **** Muito alta.

Fonte: Adaptada de Xyrichis et al. (2017, p.8)

O desenho “colaboração” possui níveis menores de intensidade nas seis dimensões quando comparado ao “trabalho em equipe” (Tabela 1). Com exceção da responsabilidade compartilhada, todas as demais dimensões (identidade compartilhada da equipe, clareza dos objetivos interprofissionais, clareza dos papéis e responsabilidades e interdependência da equipe e integração das práticas de trabalho) são consideradas menos importantes do que no “trabalho em equipe”. Entretanto, a dimensão responsabilidade compartilhada possui um nível de importância muito alto nesse tipo de desenho e as tarefas possuem uma natureza previsível, complexa e menos urgente. Esse tipo de desenho de equipe pode ser identificado em contextos de enfermaria e unidades de internação (Reeves et al., 2017; Xyrichis et al., 2017).

A “coordenação” possui características semelhantes ao desenho de “colaboração”, sobretudo por conta do nível alto de intensidade de duas dimensões: identidade compartilhada e clareza de objetivos (Tabela 1). A dimensão responsabilidade compartilhada é considerada menos importante do que no “trabalho em equipe” e na “colaboração”. As dimensões clareza de papéis e responsabilidade, interdependência de membros da equipe e de práticas de trabalho possuem uma importância moderada. A natureza das tarefas da “coordenação profissional” é previsível, menos urgente e menos complexa (Reeves et al., 2017; Xyrichis et al., 2017).

No desenho de “redes”, as dimensões identidade e responsabilidade compartilhada e a clareza dos objetivos são menos essenciais do que no formato de “coordenação”. A clareza de papéis e responsabilidades, a interdependência dos membros da equipe e de práticas de trabalho possuem um nível de importância baixo nesse tipo de desenho (Tabela 1). A tarefas são consideradas previsíveis, menos complexas e não urgentes. Reuniões com profissionais de diferentes instituições para debater, compartilhar informações e diretrizes de saúde exemplificam essa tipificação. A rede pode ocorrer na modalidade virtual e os integrantes podem se comunicar de forma assíncrona (Reeves et al., 2017; Xyrichis et al., 2017).

A taxonomia *InterPACT* facilita a compreensão da dinâmica de trabalho de equipes de saúde e pode ser utilizada para fins de diagnóstico de necessidades de aprendizagem de habilidades não

técnicas ou socioafetivas cruciais às práticas de colaboração dos profissionais de saúde no cuidado seguro e integralizado ao paciente. A próxima seção apresenta o conceito dessas habilidades e no que elas se diferem das habilidades técnicas, bem como sua relevância no cenário laboral.

Habilidades socioafetivas e o trabalho colaborativo em saúde

O mundo do trabalho tem exigido cada vez mais dos profissionais um vasto repertório de conhecimentos, habilidades e atitudes que atendam às demandas do mercado e sociedade contemporânea. De acordo com Nasir et al. (2011), as habilidades não técnicas, sociais e afetivas ou *soft skills* são generalistas, aplicáveis a vários contextos pessoais e profissionais e estão associadas a normas de convívio social de determinada cultura, a exemplo da comunicação, criatividade, relacionamento interpessoal, liderança e trabalho em equipe. Essas habilidades ganharam importância no contexto de trabalho no século XX, porém ainda se observa uma forte dependência e valorização, sobretudo no campo de formação educacional, das habilidades técnicas ou *hard skills*. Essas habilidades referem-se a procedimentos e tarefas específicas, fáceis de quantificar e mensurar, que exigem o uso recursos cognitivos e/ou psicomotores do indivíduo (Nasir et al., 2011).

São utilizadas na literatura diversas terminologias para as habilidades não técnicas. Del Prette e Del Prette (2017, p. 24), por exemplo, adotaram o conceito de habilidades sociais, referindo-se aos "comportamentos sociais valorizados em determinadas culturas com alta probabilidade de resultados favoráveis para o indivíduo, seu grupo e comunidade, que podem contribuir para um desempenho socialmente competente em tarefas interpessoais". No presente trabalho, optou-se por utilizar o termo habilidades socioafetivas (HSA), em virtude do alinhamento com o conjunto de habilidades sociais proposto por Del Prete e Del Prette (2017) e com a Teoria dos Eventos Afetivos (Weiss & Cropanzano, 1996), que será explicada mais adiante nesta seção.

Os estudos científicos voltados para a dimensão afetiva no trabalho surgiram com mais solidez na década de 1930, nos Estados Unidos. Havia uma diversidade de temas associados ao afeto e seus efeitos no ambiente de trabalho (ex.: desempenho, satisfação e atitudes), bem como diversos métodos de investigação científica. Entretanto, com o passar dos anos, as pesquisas começaram a

adotar, de forma prevalente e restrita, os métodos quantitativos (questionários estruturados e de autorrelato), pautados em um referencial teórico pouco consistente, além de atribuírem uma relação de causalidade estreita entre afeto e satisfação no trabalho (Brief & Weiss, 2002).

Durante muitas décadas, os estados afetivos não foram estudados de forma sistemática e, apenas nas décadas de 1980 e 1990, os pesquisadores da área da psicologia organizacional voltaram a demonstrar interesse sobre os estados afetivos no contexto de trabalho, entendidos como humores e emoções (Brief & Weiss, 2002). Esse mesmo período também foi marcado por muitas transformações na configuração do trabalho. Funcionários que trabalhavam individualmente foram reorganizados em equipes de trabalho ou de projetos. Diversos estudos empíricos passaram a examinar quais os aspectos poderiam influenciar os estados afetivos dos trabalhadores, a exemplo da natureza da tarefa, grau de interdependência do grupo, composição e estrutura do grupo, assim como respostas afetivas dos seus membros (Van Der Vegt et al., 2000). Apesar do crescimento das pesquisas, muitos estudos publicados no início do século XXI ainda guardam elementos de uma sociedade moderna, que focaliza sua atenção na dimensão cognitiva/intelectual do indivíduo, deixando em aberto a lacuna social e a afetividade (Gaspar & Costa, 2011; Nasir et al., 2011).

Não há uma definição consensual de afeto, pois a dimensão afetiva do comportamento humano possui muitos significados correlatos que precisam ser definidos e delimitados em suas interfaces e diferenças. O afeto consiste em uma dimensão ampla, que abarca as emoções, os humores e sentimentos. As diferenças entre humor, temperamento, sentimento e emoção podem estar associadas ao tempo de duração, ao objeto e ao estado do indivíduo. Na emoção, por exemplo, a duração é bem curta, o direcionamento do objeto é bem específico e o estado é breve. As emoções, por exemplo, referem-se às alterações fisiológicas do corpo em decorrência de estimulações externas e internas. Os sentimentos são formados por percepções oriundas dessas emoções e compreendem uma dimensão mais avaliativa, subjetiva, profunda e duradoura (Damásio, 1996; Gaspar & Costa, 2011; Gondim & Mutti, 2011; Thrift, 2004).

No humor, esta duração pode se estender por alguns dias, não há um objeto específico e o seu estado é mais longo. No temperamento, a duração pode se estender por meses ou anos, seu objeto não é específico e seu estado é duradouro (Gaspar & Costa, 2011; Gondim & Mutti, 2011; Gray et al., 2001).

A Teoria dos Eventos Afetivos, proposta por Weiss e Cropanzano (1996), propõe uma relação entre os estados afetivos do indivíduo e os eventos/incidentes críticos que emergem no cotidiano de trabalho. De acordo com a teoria, esses estados afetivos, expressos na sua forma positiva (prazer, bem-estar e gratificação) ou negativa (desânimo, arrependimento e frustração) (Gondim & Mutti, 2011), podem influenciar diretamente os níveis de satisfação e o desempenho do indivíduo no contexto de trabalho, bem com seus comportamentos e habilidades de relacionamento com outros funcionários, chefias e clientes (Brief & Weiss, 2002; Weiss & Cropanzano, 1996).

A Teoria dos Eventos Afetivos parece se ajustar, portanto, ao campo do trabalho colaborativo multiprofissional em saúde, sobretudo com as dimensões das equipes de saúde (ex.: interdependência de tarefas e o compartilhamento de metas/objetivos comuns), que podem despertar distintas experiências e estados afetivos nos integrantes da equipe. Nesse sentido, os estados afetivos e emocionais que emergem em uma equipe de trabalho, somado às diferenças culturais e individuais entre os profissionais, podem produzir atitudes favoráveis ou desfavoráveis ao trabalho colaborativo (Elfenbein & Shirako, 2006).

Além da Teoria dos Eventos Afetivos, foi analisado o portfólio de habilidades sociais, proposto por Del Prette e Del Prette (2017), formado por dez classes e subclasses interdependentes, aplicáveis em múltiplos contextos de relacionamento entre indivíduos: (1) comunicação, (2) civilidade, (3) fazer e manter amizade, (4) empatia, (5) assertivas, (6) expressar solidariedade, (7) manejar conflitos e resolver problemas interpessoais, (8) expressar afeto e intimidade, (9) coordenar grupo e (10) falar em público. Os referidos autores destacaram que pessoas com habilidades sociais bem desenvolvidas (ex.: iniciar, manter e finalizar conversas; pedir ajuda; fazer e responder a perguntas; fazer e recusar pedidos etc.) tendem a apresentar relações pessoais e profissionais mais

produtivas, satisfatórias e duradouras. Essas habilidades sociais, também classificadas como *soft skills,* integram conteúdos verbais e não verbais (ex.: postura e contato visual) (Del Prette & Del Prette, 2017), bem como fisiológicos (ex.: respiração, tremor) e de aparência pessoal e atratividade física (Caballo, 2003).

Essas classes de habilidades são passíveis de serem treinadas e produzem efeitos relevantes em grupos de trabalho (Del Prette & Del Prette, 2017). Assim como a taxonomia *InterPACT* citada anteriormente, o portfólio de habilidades sociais também pode contribuir para diagnósticos de necessidades de aprendizagem e para construção de treinamentos de habilidades sociais e afetivas. Embora a Organização Mundial da Saúde (OMS) (1999) tenha considerado essas habilidades preditoras da saúde mental dos indivíduos, elas ainda não são tão intencionalmente desenvolvidas como as habilidades essencialmente técnicas.

Na área de saúde, a falta de atenção a essas habilidades gera lacunas importantes na carreira do profissional e consequências críticas na assistência ao paciente. A falta de atenção aos estados afetivos negativos, como insegurança e desânimo, em um profissional de saúde (Gondim & Mutti, 2011), pode comprometer a expressão de habilidades básicas, como empatia, assertividade e suporte mútuo (Del Prette & Del Prette, 2017) e de outras atitudes, como a falta de autocontrole, a ausência de discernimento (Gagné, 2009), a insegurança psicológica (Salas, 2015) e a indefinição de papéis, tarefas e responsabilidades (Thistlethwaite & Moran, 2010), motivando, por exemplo, o esquecimento, o atraso ou a repetição de medicações fornecidas ao paciente (The Joint Commission, 2015). Esse encadeamento, respaldado pela Teoria dos Eventos Afetivos, só reforça a necessidade de mapear habilidades sociais e afetivas relevantes ao trabalho de equipes multi e interprofissionais de saúde, com o intuito de construir ações de treinamento efetivas que aprimorem as práticas colaborativas. Há diversas razões pelas quais os profissionais de saúde enfrentam essas dificuldades quando atuam em equipes inter e multiprofissionais. Além da formação focada essencialmente em habilidades técnicas e procedimentais, há barreiras que podem dificultar o trabalho colaborativo. Dentre essas barreiras estão os estereótipos e as culturas profissionais, o apego à linguagem técnica

específica de profissões e a disputa por espaços de poder no mercado de trabalho (Abbad et al. 2016; De Meester et al., 2013; Denniston et al., 2016; McPherson et al., 2001).

O desenvolvimento de intervenções que assegurem o contínuo aprimoramento de HSA pode contribuir para a redução dessas barreiras? Como seriam essas intervenções? Treinamentos? Programas de desenvolvimento? Intervenções educativas periódicas? As próximas seções apresentam o método adotado para realizar a revisão de literatura integrativa e os resultados com possíveis respostas e caminhos a esses questionamentos.

Método

Este estudo apresenta uma revisão integrativa de literatura, definida como uma abordagem metodológica ampla e flexível, que possibilita a inclusão de diferentes desenhos de pesquisa e a combinação de conceitos e resultados extraídos literatura teórica e empírica, proporcionando uma análise completa acerca do fenômeno investigado. Ao contrário das revisões sistemáticas e metanálise, a revisão integrativa não busca responder a uma pergunta sobre um problema específico, mas sim busca integrar, de uma forma ordenada, os resultados obtidos em estudos independentes, com diferentes tipos de intervenção, métodos de ensino e instrumentos de avaliação, que abordam dois grandes temas no cenário de saúde (EIP e HSA). Nesse sentido, esse tipo de revisão parece ser mais adequado para o alcance dos objetivos deste estudo. A revisão foi realizada em etapas que nortearam coleta, análise e síntese dos resultados (Hopia et al., 2016; Souza et al., 2010). Iniciou-se com a elaboração de perguntas de pesquisa que propiciassem o alcance dos objetivos deste estudo, a definição de palavras-chave, fontes e critérios de busca e seleção (inclusão e exclusão) e procedimentos de análise da produção de conhecimentos científicos sobre os temas pesquisados. A Tabela 2 apresenta alguns dos principais elementos norteadores da revisão.

Tabela 2

Elementos Norteadores da Coleta de Dados

Período pesquisado	2000-2020
Temas investigados	- Equipes multi e interprofissionais em saúde; - Intervenções educacionais para desenvolvimento de habilidades não técnicas necessárias ao trabalho colaborativo.

Perguntas norteadoras	1- Quais as características das equipes multi e interprofissionais em saúde treinadas nas ações de EIP? 2- Como são as intervenções educacionais de HSA necessárias ao trabalho colaborativo em saúde (método adotado e delineamento do estudo)? 3- Quais as habilidades (técnicas e não técnicas) desenvolvidas nas intervenções educativas? 4- Quais os instrumentos de medida utilizados na avaliação de intervenções educacionais em saúde?
Palavras-chave[2] (inglês, português e espanhol):	*Interprofessional education, Interprofessional learning, Interprofessional teamwork, Interprofessional collaboration, Interprofessional relations, Collaborative practice, Affective psychology, Attitudes, Soft skills, Emotions, Interventions, Teamwork, Assessment tool; Health care, Care team, Outcomes; Non-technical skills, Team-based practice; Training, Evaluation, Training Evaluation.*
Fontes de buscas	Portal de Periódicos Capes Consulta manual no *Journal Interprofessional Care* (2018-2022)
Critérios de inclusão	Artigos científicos completos Artigos revisados por pares Artigos publicados nos idiomas inglês, português ou espanhol. Revisões de literatura e metanálises sobre EIP e relatos de pesquisas que apresentam conteúdos alinhados aos objetivos da revisão.
Critérios de exclusão	Artigos duplicados Artigos essencialmente teóricos Estudos empíricos realizados em contextos distintos ao da saúde Intervenções educacionais aplicadas exclusivamente em estudantes de graduação em saúde.

A pesquisa, realizada no Portal de Periódicos Capes, adotou a estratégia de busca em 360 graus, que possibilita a localização de artigos científicos publicados em periódicos disponíveis nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)*, Cochrane Library, CINAHL (EBSCO), Free Medical Journal, Google Schoolar, Medline Complete, Medline/PubMed, PubMed Central, Proquest, Taylor and Francis Online, Oxford Journals, SAGE Open, Scielo Analytcs* e *Science Direct*. O período abrangido pelas buscas foi amplo, de 2000 a 2020. Foram utilizadas, também, as mesmas palavras-chave para consultar, de forma manual, as edições e listas de referências do periódico *Journal of Interprofessional Care,* nos últimos cinco anos (2018-2022), pois se trata de um periódico de referência internacional na temática de equipes multi e interprofissionais em saúde.

Foram incluídos na revisão apenas artigos científicos completos e revisados por pares, publicados nos idiomas inglês, português ou espanhol, que apresentavam intervenções educacionais (desenho e avaliação) realizadas com profissionais de saúde. Foram incluídas revisões de literatura e

[2] Foram também utilizadas as mesmas palavras-chave nos idiomas português e espanhol.

metanálises sobre EIP e relatos de pesquisas que apresentassem conteúdos alinhados aos objetivos da revisão. Foram excluídos da análise os artigos duplicados, que se referiam a contextos distintos ao contexto da saúde ou intervenções educacionais aplicadas exclusivamente em estudantes de graduação em saúde.

O processo de seleção das publicações científicas foi composto por duas etapas. Inicialmente, foi realizada a leitura parcial dos artigos pré-selecionados (títulos e resumos) e, em seguida, foi realizada uma triagem rigorosa com a leitura completa dos artigos por cinco integrantes de um grupo de pesquisa, incluindo a pesquisadora principal. Foram localizados 1.948 artigos por meio da combinação das palavras-chave listadas na Tabela 2. Na leitura dos títulos, foram excluídas as publicações duplicadas e realizadas em contextos distintos ao da saúde, totalizando uma amostra de 245 artigos (teóricos, revisões de literatura, metanálise e empíricos).

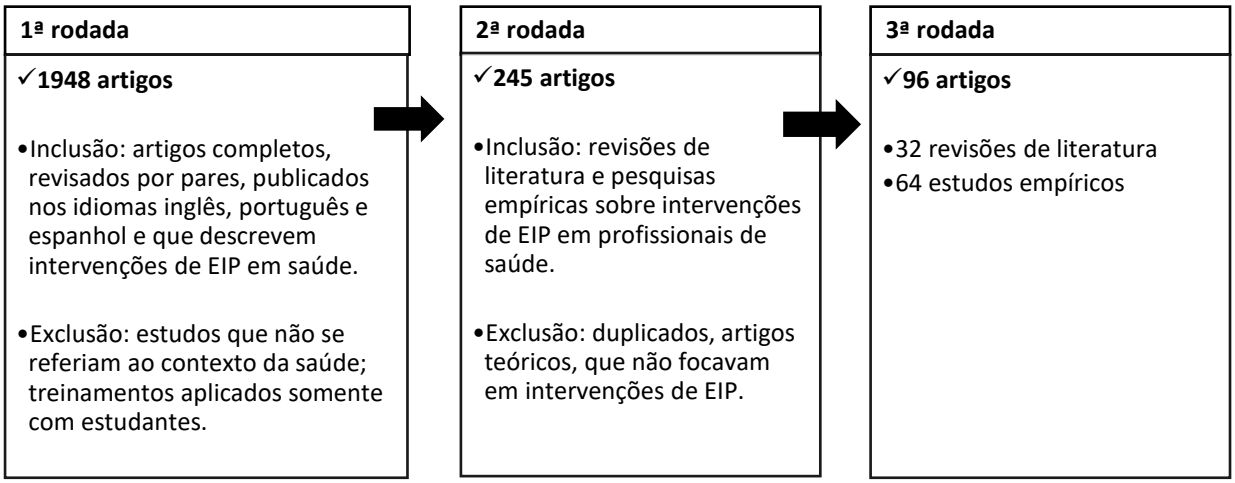
Na leitura de resumos foram eliminados mais 64 artigos que abordavam exclusivamente temas pouco aderentes ao eixo central do presente estudo, a citar: procedimentos técnicos realizados por profissionais de saúde, indicadores econômicos e assistenciais, diretrizes curriculares para os cursos de graduação em saúde, doenças psíquicas ocupacionais, assim como tecnologias e inovações de tratamentos de saúde. Em uma segunda rodada de análise dos resumos, foram eliminados mais 53 artigos essencialmente teóricos. Ao final desse processo, foram pré-selecionados 128 artigos (35 revisões de literatura e 93 relatos de pesquisas empíricas).

Após a leitura das 35 revisões de literatura, foram excluídas três revisões, que abordavam pesquisas centradas essencialmente em cursos de graduação em saúde. Ao final, restaram 32 revisões de literatura voltadas a avaliações da eficácia de treinamentos e outras intervenções educacionais oferecidas para profissionais de saúde. Dos 93 relatos de pesquisas empíricos pré-selecionados, após a leitura, foram excluídos 29, uma vez que 19 descreviam intervenções de treinamento realizadas com estudantes de graduação e 17 apresentavam conceitos e processos de trabalho em equipe generalistas, restando 64 relatos de pesquisas empíricas na amostra final. Ao todo, foram lidos e analisados 96 artigos (32 revisões de literatura e 64 artigos empíricos). A Figura 2

sintetiza o quantitativo de artigos selecionados em cada rodada de análise, bem os critérios de inclusão e exclusão adotados.

Figura 2

Seleção de artigos científicos da revisão integrativa de literatura



Resultados

Esta seção apresenta os resultados da produção científica sobre as intervenções de EIP extraídas de uma amostra de revisões de literatura e estudos empíricos publicados no período de 2000 a 2020. Incialmente são apresentadas as características metodológicas gerais e, em seguida, os principais resultados, organizados em subtópicos, os quais ajudam a responder as perguntas norteadoras desta revisão: diversidade de profissões identificadas nas intervenções, contexto de trabalho do público-alvo das intervenções, desenho das intervenções, duração, tema dos treinamentos e instrumentos de avaliação.

Características das revisões de literatura selecionadas

Das 32 revisões incluídas, 11 (34,3%) relataram estudos que avaliaram intervenções no trabalho em equipe da área de saúde, 13 (40,6%) abordaram essencialmente a importância e os tipos de ações de EIP, 6 (18,7%) descreveram intervenções educativas realizadas em equipes de saúde e 2 (6,25%) apresentaram instrumentos de avaliação das intervenções educacionais (treinamentos, cursos e programas de desenvolvimento). Além disso, apenas 11 revisões (23,9%)

foram elaboradas por autores filiados a instituições de ensino localizadas em países do Hemisfério Sul (Austrália, Brasil, Chile e Indonésia).

Resultados das revisões de literatura

As revisões de literatura selecionadas descreveram as principais características presentes nas ações de EIP e apontaram lacunas e limitações teórico metodológicas relevantes para o contexto de saúde. As características das ações de EIP, dos participantes e os tipos de medidas utilizadas para avaliar ações educativas foram aspectos mencionados em todas as revisões incluídas neste estudo.

Ao longo dos anos (2000-2020), foi observado um crescimento significativo das pesquisas sobre intervenções de EIP e das evidências de eficácia dessas intervenções nas práticas profissionais e/ou nos resultados dos pacientes (Davies et al., 2016; Hammick et al., 2007; McPherson et al., 2001; Reeves et al., 2011; Reeves et al., 2013; Reeves et al., 2008; Richard et al., 2018; Riskiyana et al., 2018; Thistlethwaite & Moran, 2010; Tomizawa et al., 2016; Xyrichis & Lowton, 2008; Xyrichis et al., 2017; Zwarenstein et al.,2000).

Mais de 60% das revisões incluídas neste estudo indicaram uma baixa diversidade de profissões nas equipes que participaram de intervenções de treinamentos, sendo basicamente formadas por médicos (as), enfermeiros (as) e técnicos (as) (enfermagem, radiologia e laboratório). Em menor proporção, foram mencionados assistentes sociais (Marlow et al., 2018; Hammick et al., 2007; McPherson et al., 2001; Reeves et al., 2013; Reeves et al., 2008; Taylor et al., 2018; Xyrichis et al., 2017), farmacêuticos (as) (Denniston et al., 2017; McPherson et al., 2001; Moore et al., 2018; Rosen et al., 2018; Thannhauser et al., 2010), fisioterapeutas (Denniston et al., 2017; Hammick et al., 2007; Reeves et al., 2013; Xyrichis et al., 2017), psicólogos (as) (McPherson et al., 2001; Richard et al., 2018; Taylor et al., 2018; Tomizawa et al., 2016); terapeutas ocupacionais (Hammick et al., 2007; Reeves et al., 2013; Xyrichis et al., 2017) e nutricionistas (Richard et al., 2018; Thannhauser et al., 2010; Xyrichis et al., 2017). Foram mencionados, também, estudos que aplicaram intervenções somente com a equipe médica de diversas especialidades e níveis de escolaridade (internos e residentes) (Berkhof et al., 2011; Johnson & Panagioti, 2018).

Ao longo dos anos, essa diversidade de profissões aumentou, visto que fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos (as) e psicólogos (as) passaram a integrar formalmente às equipes em saúde e, consequentemente, a participar das intervenções educacionais. No entanto, de acordo com os estudos, as profissões que participam mais frequentemente das intervenções são, em ordem descendente: enfermagem, medicina e profissões de saúde mental aliadas ao serviço social (Barr et al., 2006; Reeves et al., 2013; Richard et al., 2018; Riskiyana et al., 2018).

Foi observada, também, uma baixa diversidade de **contexto de trabalho** dos participantes das intervenções, com um predomínio das áreas que oferecem cuidados a pacientes em estado crítico, a exemplo dos departamentos de emergência, centros de trauma, centros cirúrgicos, unidades de tratamento intensivo (UTI) (Coyle et al., 2020; Hammick et al., 2007; McPherson et al., 2001; Reeves et al., 2011; Reeves et al., 2013; Reeves et al., 2008; Tomizawa et al., 2016) e na área oncológica (Chant et al., 2001; Johnson & Panagioti, 2018; Kissane et al., 2012; Moore et al., 2018). Os estudos eram prevalentemente realizados em hospitais universitários, centros de simulação e serviços comunitários de assistência à saúde (Chant et al., 2001; Coyle et a., 2020; Hammick et al., 2007; Johnson & Panagioti, 2018; Kissane et al., 2012; McPherson et al., 2001; Moore et al., 2018; Reeves et al., 2011; Reeves et al., 2013; Reeves et al., 2008; Tomizawa et al., 2016).

O formato das ações de EIP pode ser classificado como heterogêneo, contemplando desde intervenções breves e pontuais de desenvolvimento de habilidades de passagem de plantão até reuniões multiprofissionais e programas formais de desenvolvimento de competências interprofissionais de longa duração (Hammick et al., 2007; Reeves et al., 2011; Reeves et al., 2013; Reeves et al., 2008; Richard et al., 2018). Outras formas de EIP encontradas foram sessões de simulação realística (alta e baixa fidelidade), palestras didáticas e sessões interativas de discussão de caso. Identificou-se, ainda, condução de grupos de prática reflexiva, supervisão clínica, uso de técnicas de *storytelling* e de redução do estresse, assim como recursos de vídeo (filmagem da intervenção), combinados com *feedbacks* individuais e grupais e sessões de *debriefing* (Dietz et al.,

2014; Fung et al., 2015; Mata et al., 2021; McCulloch et al., 2011; Taylor et al., 2018; Weaver et al., 2014).

A estratégia de treinamento realizado em serviço em cenários reais, a exemplo do*s rounds*, é descrita como valiosa na EIP de estudantes e profissionais no processo permanente de aprendizagem (Taylor et al., 2018). Esses *rounds* ocorrem de forma frequente e sistemática e possibilitam a participação e contribuição de qualquer tipo de profissional. A observação direta do trabalho realizado por colegas em cenários práticos e reais potencializa a aprendizagem dos participantes (Freeth et al., 2009; Reeves et al., 2011 Taylor et al., 2018). As reuniões multiprofissionais periódicas em equipe, com definições de metas e objetivos, também são ações relevantes que produzem efeitos positivos no desempenho da equipe e no relacionamento entre os integrantes, assim como consultorias de acompanhamento, entre outras formas de ações de aprendizagem que ocorrem em situações reais de trabalho (Reeves et al., 2011; Xyrichis & Lowton, 2008).

Algumas ações de EIP são pautadas em pacotes de treinamento já estruturados e testados em diferentes contextos. O treinamento de equipes, baseado nos princípios do curso de gerenciamento de recursos da tripulação (*Crew Resources Management* - CRM), é um exemplo que tem produzido efeitos positivos na cooperação e comunicação entre os integrantes da equipe a curto e longo prazos (Fung et al., 2015; McCulloch et al., 2011). Embora alguns estudos tenham medido o efeito do CRM por um período mais longo de tempo, a maioria dos períodos foi limitada a uma ou duas avaliações em um período máximo de um ano (Buljac-Samardzic et al., 2020). O treinamento de equipe de CRM, quando realizado com cenários de simulação, proporciona melhorias significativas nos resultados de aprendizagem de equipes (habilidades de comunicação e coordenação de equipes) quando comparado a treinamentos que adotam outras estratégias de ensino (instrução didática e *problem based learning* - PBL) (Fung et al., 2015).

O *Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety* (*TeamSTEPPS)* é um outro exemplo de treinamento replicado em diferentes versões e modalidades, que alia conteúdos

teóricos e situacionais da rotina assistencial de equipes em saúde, com foco na melhoria de processos de comunicação, liderança e trabalho em equipe (Buljac-Samardzic et al., 2020).

Foi observado um aumento da duração (carga horária) das intervenções de EIP, de acordo com as revisões publicadas nos últimos 20 anos. McPherson et al. (2001) e Reeves et al. (2008) apontaram incialmente um predomínio de intervenções de curta duração, variando de quatro horas em um único dia a vários dias durante um período de um ano. Entretanto, na atualização de Reeves et al. (2011), a duração dos programas de EIP cresceu e passou a variar de quatro dias a mais de um ano. A duração das intervenções tornou-se uma variável importante dos efeitos de treinamentos, embora seja sensível a contingências específicas, como a disponibilidade dos profissionais de saúde.

As revisões mencionam diversos temas e habilidades trabalhadas nas ações de EIP, porém detalham muito pouco a origem da demanda de capacitação. Entre as habilidades não técnicas ou socioafetivas mais citadas como temas de treinamento estão a comunicação, nas suas formas mais diversas de expressão (verbal e não verbal, não violenta, empática, assertiva e breve), assim como o tipo conteúdo comunicado (fornecimento de más notícias, comunicação de risco e incerteza, alinhamento de objetivos de cuidado, compartilhamento de informações e tomada de decisão) (Berkhof et al., 2011; Chant et al. 2001; Johnson & Panagioti, 2018; Moore et al., 2018).

Habilidades associadas ao trabalho em equipe, definições de papéis e responsabilidades, liderança, foco no usuário e no cliente, ética e atitudes, também foram mencionadas como relevantes ao trabalho colaborativo em saúde (Reeves et al., 2011; Salas, 2015; Thistlethwaite & Moran, 2010; Xyrichis et al., 2017). A variedade das HSA trabalhadas nas ações de EIP estende-se também ao formato das suas intervenções (tempo de duração, estratégias instrucionais e instrumentos de avaliação aplicados), o que dificulta a generalização de alguns dados de avaliação dos efeitos produzidos no desempenho dos profissionais e equipes (Chant et al. 2001; Johnson & Panagioti, 2018).

O desenho metodológico das intervenções de EIP também foi investigado nas revisões. Os estudos longitudinais, com aplicação de pré e pós-testes, são os mais frequentemente usados em

pesquisas, denominados ensaios clínicos randomizados com pré e pós-testes, com grupos de controle ou de comparação, e quase experimentos. Nos últimos anos, cresceu o número de pesquisas que adotam delineamentos experimentais, uma vez que fornecem dados mais confiáveis e consistentes (Buljac-Samardzic et al., 2020; Dietz, et al., 2014; Fung et al., 2015; Reeves et al., 2008; Richard et al., 2018; Riskiyanaa et al., 2018; Weaver et al., 2014; Xyrichis & Lowton, 2008).

Embora haja um esforço dos pesquisadores na produção de pesquisas com métodos mais robustos, identificam-se alguns fatores limitadores importantes, a exemplo da propensão de risco de viés nos estudos quase experimentais sem grupo de comparação ou de controle, que contribuem para a realização de pesquisa com qualidade moderada a baixa (Chant et al., 2001; Mata et al., 2021; McCulloch et al., 2011; McPherson et al., 2001; Reeves et al., 2013; Reeves et al., 2008; Taylor et al., 2018; Weaver et al., 2014; Zwarenstein et al., 2000).

A falta de estudos longitudinais com mais de duas ondas de observação foi outra limitação sinalizada nas revisões (Chant et al., 2001; Hughes et al., 2016; Mata et al., 2021; Weaver et al., 2014; Zwarenstein et al., 2000). Os estudos ainda utilizam medidas restritas a um (pós-teste) ou no máximo em dois momentos no tempo (pré e pós-teste), não sendo possível aferir a duração dos efeitos das intervenções a longo prazo. Alguns estudos, no entanto, conseguiram mensurar a duração dos efeitos pós-intervenções em intervalos de tempo mais largos. Reeves et al. (2008) identificaram três estudos que avaliaram efeitos positivos de longo prazo: (1) efeitos no comportamento colaborativo e nas taxas de erro clínico após oito meses da intervenção (Morey et al., 2002); (2) efeitos positivos nas taxas de violência doméstica, satisfação do paciente e documentação clínica em até 18 meses após a intervenção (Campbell, 2001); e (3) efeitos positivos relacionados a um maior reconhecimento do tratamento da depressão em até 21 meses após a intervenção (Thompson et al., 2000). Reeves et al. (2013) identificaram mais dois estudos que evidenciaram efeitos positivos da EIP em até 18 meses após intervenção. O primeiro estudo apresentou melhorias nos resultados clínicos de pacientes e na qualidade de processos de

assistência médica (Barceló, 2010) e o segundo estudo apresentou melhorias na comunicação centrada no paciente (Helitzer, 2011).

Grande parte da discussão gerada nos estudos foi relacionada à dificuldade de utilização de instrumentos de medida objetivos e válidos para a mensuração de aprendizagem, mudança no comportamento no cargo e na organização. A avaliação dos efeitos dos treinamentos foi realizada por meio de questionários de autorrelato ou escalas de atitude em vez de medidas objetivas (Reeves et al., 2011; Reeves et al., 2013; Reeves et al., 2008; Richard et al., 2018; Riskiyana et al., 2018; Zwarenstein et al., 2000).

Além disso, os resultados de avaliação citados nos estudos foram originados de conhecimentos declarativos e não de evidências observáveis de mudanças na atitude e no comportamento dos participantes. Os pesquisadores não estão adotando medidas sensíveis aos efeitos de mudança atitudinal e comportamental estimuladas pelas intervenções de EIP (Reeves et al., 2011; Reeves et al., 2013; Reeves et al., 2008; Tomizawa et al., 2016; Zwarenstein et al., 2000).

Os instrumentos mais utilizados para avaliar a aprendizagem de habilidades nos treinamentos foram os *surveys* e listas de verificação (*checklists*), tanto para habilidades técnicas quanto para as não técnicas. No entanto, a maioria dos *surveys* avalia a percepção do participante sobre o desenvolvimento de uma habilidade ou sobre a eficácia de treinamento. Da mesma forma, as listas de verificação são preenchidas por avaliadores que observam o comportamento do participante em sessões de simulação. Alguns estudos utilizaram medidas objetivas de avaliação dos efeitos do treinamento no nível de resultados, a exemplo dos indicadores de desempenho clínico do profissional ou da equipe. Dados clínicos dos pacientes também foram observados e comparados em momentos diferentes (ex.: antes e depois da intervenção) (Buljac-Samardzic et al., 2020; McCulloch et al., 2011; Taylor et al.,2018). O uso de medidas distintas, bem como a adoção de mais de uma fonte avaliadora (autoavaliação e avaliação de múltiplos observadores) se configuram como recursos estratégicos para reduzir problemas de viés de subjetividade.

Embora tenha havido um aumento do uso de medidas com capacidade de generalização e confiabilidade entre o período da publicação da revisão de Thannhauser et al. (2010) e da revisão de Marlow et al. (2018), percebe-se que ainda há um predomínio de medidas perceptuais, atitudinais e de autorrelato sobre a aprendizagem de habilidades técnicas e não técnicas.

Os instrumentos identificados na literatura que mensuram os efeitos da educação interprofissional ou de métodos educativos no trabalho colaborativo não possuem informações suficientes quanto às suas propriedades psicométricas e são medidos em poucos momentos no tempo. Além disso, há um número restrito desses instrumentos que pode ser aplicável a profissionais que trabalham ou aprendem conjuntamente com outras disciplinas de saúde, visto que a maioria foi criada para avaliar a colaboração em relacionamentos específicos entre de integrantes da equipe (ex.: enfermeiro-médico) (Thannhauser et al., 2010).

Foi observada também uma falta de consenso quanto ao que deve ser medido no instrumento. Esse fato pode ser atribuído à falta de uma diferenciação clara dos conceitos de habilidades requeridas para o trabalho em equipe e prática colaborativa, os quais são tratados de forma equivocada, como sinônimos. Por fim, a grande maioria dos instrumentos identificados nos estudos é formada por escalas de autorrelato, as quais, apesar de fornecerem informações relevantes sobre as percepções dos participantes sobre colaboração e ou efeitos da EIP, impossibilitam uma mensuração precisa de outros fatores interacionais presentes na realidade dos profissionais (Thannhauser et al., 2010).

Duas revisões mais recentes, específicas sobre instrumentos de medida (Havyer et al., 2016; Marlow et al. (2018), indicaram um predomínio de instrumentos que avaliam atitudes sobre o trabalho em equipe e poucos instrumentos de observação direta dos comportamentos em ambientes clínicos reais. A comunicação e a liderança foram HSA mencionadas com mais frequência na revisão de literatura de Marlow et al. (2018). Não foram mencionadas, em que pese a relevância para o trabalho colaborativo, HSA como suporte mútuo, identificação de problema e foco no alcance de objetivos compartilhados.

Foi identificado, também, um grande número de medidas que não passaram por nenhum teste de validação ou confiabilidade, tampouco estavam relacionadas aos resultados desejados na pesquisa, gerando, portanto, resultados inconsistentes (Marlow et al., 2018). Alguns instrumentos foram recomendados para avaliação de competências do trabalho em equipe interprofissional com base em critérios de concordância de conteúdo, força da evidência de validade, generalização das pontuações e nível de resultados. São eles: Escala de planejamento de relacionamento interdisciplinar de cuidados de saúde em colaboração, Escala de prontidão para aprendizagem interprofissional (RIPLS, sigla do inglês *Readiness for Interprofissional*), Avaliação de habilidades de comunicação e trabalho em equipe e Exercício de avaliação clínica do trabalho em equipe (Marlow et al., 2018; Thannhauser et al., 2010).

Muitos instrumentos identificados não foram submetidos a testes de evidência de validade ou confiabilidade e tampouco possuíam relação com os resultados propostos na mensuração. Os instrumentos eram também de autorrelato, produzindo escore*s* inflacionados, visto que os indivíduos tendem a se avaliar de uma forma mais positiva do que quando a avaliação é feita por um observador/avaliador (Marlow et al., 2018; Thannhauser et al., 2010).

Em síntese, os resultados indicaram uma vasta publicação de tipos de treinamentos de HSA na área de saúde. Foram identificadas estratégias de ensino heterogêneas, imprecisão de construtos treinados e avaliados, baixa participação multiprofissional nos treinamentos e um predomínio de instrumentos de avaliação de autorrelato, sem evidências de validade. Observou-se, também, o aumento de pesquisas com delineamentos mais robustos (quase experimentais e experimentais) que relataram efeitos significativos de treinamento, após um período prolongado, na aprendizagem de HSA importantes ao trabalho colaborativo multiprofissional (Barceló, 2010; Helitzer, 2011; Reeves et al., 2013; Thompson et al., 2020). É importante, portanto, a análise mais profunda das características e resultados de estudos com esse tipo de delineamento para o alcance dos objetivos desse estudo. Na próxima seção, serão apresentadas as características gerais dos estudos empíricos

incluídos nesta revisão integrativa e os principais resultados de uma amostra de estudos experimentais e quase experimentais de intervenções de EIP aplicadas com profissionais de saúde.

Características dos artigos empíricos

Nesta revisão, 4 artigos empíricos (6,25%) foram publicados em revistas nacionais e de língua portuguesa, enquanto 60 (93,7%) foram publicados em periódicos internacionais de língua inglesa ou espanhola. Foram identificados 19 periódicos diferentes, sendo 89% exclusivamente da área de saúde (ensino em saúde, educação interprofissional e avaliação de intervenções). Os demais periódicos (11%) eram das áreas de psicologia, educação e administração, os quais incluíam publicações sobre equipes de trabalho, TD&E e habilidades socioafetivas. O periódico que mais registrou publicações sobre EIP e trabalho colaborativo em saúde foi o *Journal Interprofessional of Care* (5 artigos – 7,8%), seguido do *Patient Education and Counseling* (4 artigos – 6,25%).

Estados Unidos da América (EUA) foi o país que mais registrou pesquisas empíricas sobre os temas (21 artigos – 32,8%), seguido do Reino Unido (8 artigos – 12,5%) e do Canadá (6 artigos – 9,4%). Foram registradas pesquisas em 19 países sobre EIP ou intervenções em equipes de trabalho (Alemanha, Austrália, Bélgica, Brasil, Canadá, Chile, Dinamarca, Espanha, Estados Unidos, França, Holanda, Inglaterra, Iran, Iraque, Japão, Portugal, Suíça, Taiwan e Turquia).

Quanto à temática desses artigos, verificou-se que 39 (60,9%) descrevem a avaliação dos efeitos de intervenções de treinamento em habilidades dos profissionais de saúde, 11 (17,1%) apresentam práticas interprofissionais ou colaborativas adotadas por profissionais de saúde, 7 (10,9%) descrevem a intervenção de treinamento, 5 (7,8%) descrevem o desenvolvimento e a busca de evidências de validade de instrumentos de avaliação de treinamento e 2 (3,1%) apresentam outros tipos de ferramentas de avaliação (avaliação de desempenho e avaliação de gestão de interdisciplinar).

Quanto ao delineamento da pesquisa, 15 (23,4%) são experimentos/estudos randomizados com grupo controle, 3 (4,6%) quase experimentos, 10 (15,6%) são descritivos exploratórios, 28 (43,7%) de série temporal com avaliações em pelo menos dois momentos no tempo e 4 (6,2%) em

apenas um momento do tempo. Foram identificados, também, 2 (3,1%) estudos de observação, 1 (1,5%) pesquisa ação e 1 (1,5%) etnográfico. Quanto ao local da realização de pesquisa, a grande maioria (67,1%) foi realizada em diversos setores de hospitais (sem especificação), 8 (12,5%) apenas em centros cirúrgicos, 5 (7,8%) em centros obstétricos, 3 (4,7%) em UTI, 3(4,7%) em oncologia e 1 (1,5%) em emergência/centros de trauma.

Quanto ao tipo de participante, 46 (71,8%) foram realizadas com profissionais e equipes de saúde com distintas formações, 9 (14%) foram realizadas apenas com médicos, 6 (9,4%) foram realizadas apenas com enfermeiros (as), 2 (3,1%) com pacientes e 1 (1,5%) com parentes de pacientes. Os estudos empíricos apontaram limitações relacionadas ao delineamento da pesquisa, como a ausência de designação aleatória de participantes, de grupos controles e de comparação e amostras reduzidas de participantes, sobretudo em estudos longitudinais. Houve um predomínio de estudos realizados em uma instituição de saúde e em grupos de participantes com pouca diversidade de profissão.

Resultados de estudos experimentais e quase experimentais

A Tabela 3 resume os resultados da análise dos 18 estudos empíricos que investigaram os temas desta revisão, em termos das seguintes categorias de conteúdo: delineamento dos estudos, participantes e contextos de pesquisa, características da intervenção/treinamento, variáveis estudadas, instrumentos de coleta de dados e principais resultados das pesquisas. Quanto à caracterização metodológica, os estudos apresentaram delineamentos robustos (experimentais e quase experimentais).

Tabela 3

Estudos Empíricos Experimentais e Quase Experimentais de Treinamentos em Equipes Interprofissionais de Saúde

Autor/Ano/ País	Delineamento do estudo	Participantes e contexto	Características do treinamento	Instrumentos	Variáveis	Principais Resultados
Fallowfield et al. (2003) Reino Unido	Estudo randomizado com grupo controle e três momentos de avaliação.	Médicos **Área:** Oncologia	- Curso de 3 dias baseado em modelo específico para a oncologia. - Material didático ao participante composto por instruções escritas e vídeos realísticos. - Os participantes trabalharam em pequenos grupos de 3 a 5 indivíduos, liderados por um facilitador experiente junto com uma equipe de seis pacientes (atores) qualificados em fornecer *feedback* construtivo.	-Listas de verificação de dados objetivos avaliados em diferentes momentos do tempo. -Uma típica entrevista na clínica de cada médico foi filmada durante a avaliação de linha de base (T1) do curso e em seguida foram emitidos *feedbacks* escritos sobre as habilidades avaliadas. Foi realizada uma avaliação da mudança de comportamento 3 meses depois (T2) e 12 meses depois da avaliação inicial (T3).	**Dependentes:** Mudança na forma de comunicação (padrão de resposta do médico, perguntas mais focadas, síntese de informações, interrupções e empatia, compreensão do paciente). **Independentes:** Condição experimental (com e sem treinamento) e comparação intragrupo dos escores dos testes (T1, T2 e T3).	- O padrão de resposta do médico se manteve elevado tanto após 3 meses (T2) quanto após 12 meses do término do treinamento (T3). - Houve mudança significativa desde a avaliação de 3 meses: aumento na síntese de informações para pacientes e queda do número total de interrupções do paciente. - As expressões de empatia diminuíram. - Os resultados gerais mostraram que 12 a 15 meses após a intervenção, os médicos haviam integrado as principais habilidades de comunicação na prática clínica e estavam aplicando outras.
Shapiro et al. (2004) Estados Unidos	Estudo observacional único, cruzado, prospectivo, cego e controlado (grupo de comparação).	Enfermeiros, Técnicos, Médicos e Residentes **Área:** Centro de trauma de Medicina de emergência	- 8 horas de curso simulado em três cenários + curso didático de coordenação de equipes de emergência. - Um grupo de comparação, foi designado para trabalhar junto com os integrantes do treinamento em um turno de 8 horas.	- Escalas de classificação de trabalho em equipe ancoradas comportamentalmente (BARS) foram preenchidas por observadores. - Avaliação "cega" para a identificação das equipes.	**Dependente:** Desempenho da equipe clínica (manutenção da estrutura e do clima da equipe, uso de estratégias de solução de problemas, suporte a equipe com informações, execução de planos e gerenciamento da carga de trabalho e melhoria de habilidades de equipe. **Independente:** Condição experimental (dois tipos de intervenção) e comparação intragrupo do desempenho em equipe nas dimensões avaliadas em T1 e T2 (pós-treinamento).	- Não houve diferenças significativas na percepção de desempenhos da equipe clínica entre os grupos experimentais e de comparação no início do estudo. - A equipe experimental apresentou melhora na qualidade do comportamento da equipe enquanto o grupo de comparação não apresentou mudança no comportamento da equipe durante os dois períodos de observação. Os membros da equipe experimental classificaram o treinamento baseado em simulação como um método educacional mais eficaz.

Autor/Ano/ País	Delineamento do estudo	Participantes e contexto	Características do treinamento	Instrumentos	Variáveis	Principais Resultados
Heaven et al. (2005) Estados Unidos	Estudo randomizado com grupo controle e avaliação em três momentos distintos	Enfermeiros clínicos **Área:** Clínica geral	Oficinas de treinamento de comunicação de 3 dias. Oito oficinas foram executadas em um período de 2 anos. As oficinas foram centradas no aluno e envolveu demonstração por apoio de vídeo, encenação e feedback individual sobre a atuação.	- Avaliação cega do material gravado das entrevistas médico-paciente com base na *Medical Interview Aural Rating Scale* (MIARS): - Habilidades mensuradas: negociação, síntese, exploração psicológica, reconhecimento psicológico, exploração cognitiva, reconhecimento cognitivo, exploração do problema, reconhecimento do problema, reconhecimento de sugestões, divulgação.	**Dependente:** Habilidade de comunicação no contexto de entrevista com o paciente **Independente:** - Comparação intragrupo dos escores do MIARS antes do treinamento e da supervisão (T1), imediatamente após a intervenção e supervisão (T2) e 3 meses após a intervenção (T3). - Presença- Condição experimental: com e sem treinamento. ou ausência de supervisão clínica.	- O treinamento foi eficaz na melhoria de todas as habilidades de comunicação no contexto de entrevista com o paciente (itens da escala MIARS). - Apenas aqueles que vivenciaram a supervisão mostraram alguma evidência de transferência para o trabalho das habilidades de entrevistas aprendidas no treinamento e nas supervisões. - Embora o treinamento melhore as habilidades de comunicação no contexto de entrevista, sem a supervisão clínica, o efeito na prática clínica pode ser muito discreto.
Ellis et al. (2008) Reino Unido	Estudo randomizado com avaliações em dois momentos distintos. Os participantes foram aleatorizados em quatro condições experimentais de treinamento.	Parteiras e Médicas Obstétricas **Área:** Centro obstétrico	O desempenho das habilidades técnicas e não técnicas foi avaliado antes e após o treinamento que era formado por um cenário padronizado de eclampsia capturado em vídeo.	-Listas de verificação aplicadas em dois momentos no tempo. -As medidas de resultado foram: a conclusão de tarefas, tempo para conclusão das tarefas, administração de sulfato de magnésio e qualidade do trabalho em equipe (escala *likert* de 5 pontos- com três dimensões: habilidades clínicas, comportamentais e de visão sistêmica).	**Dependente:** Desempenho de tarefas em situação de atendimento de paciente com eclampsia. **Independente:** - Comparação intragrupo dos resultados de desempenho de tarefas antes e após o treinamento (T1 e T2). - Condição experimental (1- Um dia de curso no hospital sem os conteúdos de trabalho em equipe; 2- Dois dias de curso no hospital incluindo trabalho em equipe; 3- Um dia de curso em centro de simulação sem trabalho em equipe e 4- Dois dias de curso em centro de simulação com trabalho em equipe.	- O treinamento resultou em melhor desempenho de tarefas, como maiores taxas de conclusão de tarefas, tempos mais curtos para administração de sulfato de magnésio e melhor trabalho em equipe (habilidades clínicas, comportamentais e de visão sistêmica) - Não houve benefício adicional dos treinamentos realizados em centro de simulação e dos conteúdos teóricos de trabalho em equipe.

Autor/Ano/ País	Delineamento do estudo	Participantes e contexto	Características do treinamento	Instrumentos	Variáveis	Principais Resultados
Bragard et al. (2010) Bélgica	Estudo randomizado com grupo controle e avaliações em dois momentos distintos (T1 – pré-teste e T2 – pós-teste 3 meses no grupo experimental e 8 meses no grupo controle)	Médicos residentes **Área:** Oncologia	O treinamento foi focado em habilidades de comunicação no contexto de entrevistas com 2 ou 3 pessoas (30h), em gerenciamento do estresse (10h) no tratamento do câncer e na gestão do tempo. Os participantes foram alocados de forma aleatória em pequenos grupos de intervenção ou no grupo controle e avaliados em dois momentos no tempo (pré e pós-testes).	- Crenças de autoeficácia para comunicar e gerenciar o estresse foram avaliadas por meio do Questionário adaptado de Parle, Maguire e Céu (1997). - Residentes avaliaram seu estresse para se comunicar em entrevistas com paciente com câncer em três escalas analógicas visuais. - O *burnout* dos médicos residentes foi avaliado com o *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (Maslach, Jackson, & Leiter, 1986).	**Dependente:** crenças de autoeficácia para comunicar-se com o paciente, gerir o stress e níveis de *burnout* (exaustão emocional; despersonalização e realização pessoal). **Independente:** - Comparação intragrupo dos escores dos participantes nas três escalas avaliadas antes e após o treinamento (T1 e T2). - Condição experimental: com ou sem treinamento.	- Aumento da autoeficácia e diminuição do estresse para se comunicar no grupo que recebeu treinamento. - Não houve alterações em dados de *burnout*. - Os resultados encorajam a obrigatoriedade de treinamentos dessa natureza no currículo da área médica.
Frengley et al. (2011) Nova Zelândia	Estudo randomizado, de desenho cruzado (*crossover*), dois grupos experimentais submetidos a intervenções com pré e pós-teste. Não houve grupo controle.	Médicos Enfermeiros **Área:** Enfermaria de cuidados intensivos.	- Treinamento prático com simulação durante 20 dias. - Dois tipos de cenários (cardíaco e vias aéreas) filmados e dois métodos de ensino (simulação e discussão de caso). - Cada grupo realizou 4 simulações em momentos distintos e aleatorizados (duas antes da intervenção e duas depois da intervenção).	- *Teamwork Behavioral Rater* (Weller et al., 2011) - Lista de verificação das habilidades de gerenciamento clínico preenchida pelos avaliadores durante as simulações. - Instrumento de Avaliação do Impacto do treinamento enviado aos participantes 3 meses após a finalização do treinamento (relevância para prática; postos-chave de aprendizagem; confiança em gerenciamento de emergências; e alterações na prática clínica e no tratamento de doenças semelhantes).	**Dependentes:** Habilidade de Liderança e coordenação da equipe, Habilidade de Verbalização da informação situacional, Habilidade de Monitoramento mútuo de desempenho; Habilidade de gerenciamento clínico **Independentes:** -Escores das escalas mensurados antes e após a intervenção (T1 e T2) -Escores comparados por tipo de cenário apresentado (cardíaco e vias aéreas) -Escores comparados por tipo de método de ensino (simulação e discussão de caso).	- Houve melhoria significativa das pontuações gerais para o trabalho em equipe e nos dois fatores comportamentais (“Liderança e Coordenação de Equipe” e “Verbalização de Informações Situacionais”) após as intervenções nos dois cenários e nos dois métodos de ensino - Houve melhoria significativa nos pós-teste nos escores de habilidades de gerenciamento clínico nos dois cenários e nos dois métodos de ensino. -Não houve diferença significativa entre os escores de aprendizagem de todos os itens avaliados nos dois cenários apresentados (cardíaco e vias aéreas) e nos dois métodos distintos (simulação e discussão de caso). - Os médicos relataram que a habilidade de liderança e de interação melhoraram.

Autor/Ano/ País	Desenho do estudo	Amostra e contexto	Características do treinamento	Instrumentos	Variáveis	Principais Resultados
Helitzer et al. (2011) Estados Unidos	Estudo randomizado, com grupos experimentais e grupo controle, pré-teste e 2 pós-testes	Médicos, Médicos assistentes Enfermeiros **Área**: Centro de cuidado de pacientes de atenção primária.	- Treinamento de 1 dia com *feedbacks* individualizados de interações simuladas e gravadas em vídeo. - *Workshop* opcional para reforçar estratégias de engajamento na relação com o paciente.	-Roteiro de avaliação da comunicação em visitas (*Coding of medical visit communication)* aplicado antes e após o treinamento. - Áreas de conteúdos de comunicação avaliados nas visitas: Comunicação centrada no paciente, Dieta, peso e exercícios, Comportamentos de risco, Uso de substâncias, Depressão, ansiedade e estresse, Suicídio e comportamentos violentos, Eventos adultos adversos, Eventos adversos da infância.	**Dependente**: Comunicação de alto risco à saúde do paciente **Independente**: - Comparação intragrupo dos escores de comunicação de alto risco avaliados no pré-teste (T1) e nos pós-testes (1 a 6 meses após a intervenção- T2 e 7 meses a 1 ano depois da intervenção- T3). - Condição experimental: com ou sem treinamento.	Não foram encontradas diferenças significativas nos escores do T1 (pré-treinamento) entre os grupos (experimental e controle). O grupo de participantes treinados melhorou de forma significativa na comunicação de alto risco à saúde de paciente nas duas testagens após o treinamento subsequentes. O grupo de intervenção apresentou escores superiores na comunicação centrada no paciente e na discussão de eventos adversos na infância em relação ao grupo controle nos dois pós-testes.
Jensen et al. (2011) Noruega	Estudo randomizado com avaliação antes e depois da intervenção de treinamento.	Médicos de diferentes especialidades **Área:** Ambulatório	Curso de habilidades de comunicação de 20 horas em 5 dias baseado no modelo dos Quatro Hábitos, com o objetivo de melhorar a comunicação entre médico e paciente. O curso contém plenárias alternadas de teoria/*debriefs* e sessões grupais com dramatizações. As avaliações foram baseadas em vídeo e cegas.	- Esquema de Codificação de Hábitos (4HCS): i – criar relacionamento e definir agendas (escuta ativa), ii- obter a perspectiva do paciente, iii- empatia; iv- fornecer informações de encerramento (tomada de decisão compartilhada). - Medida de satisfação global do paciente (real): Avaliação do consumidor de provedores e sistemas de saúde (CAHPS). - A duração exata de cada encontro foi determinada a partir do fitas de vídeo, registrando quando o médico ou paciente entrou e saiu da sala.	**Dependente:** Aprendizagem de habilidades de comunicação (4HCS); Satisfação global do paciente com o atendimento do médico e Tempo do encontro. **Independente:** Comparação intragrupo dos escores dos participantes nas três medidas (4HCS, Satisfação global do paciente com o atendimento do médico e Tempo de encontro) avaliados antes e depois da intervenção de treinamento (T1 e T2)	- O curso produz melhorias nas habilidades de comunicação (4HCS) entre médicos. Os médicos mais jovens apresentam melhores escores nas habilidades de comunicação (4HCS) do que os médicos mais velhos. Os médicos com as expectativas baixas em relação ao curso apresentaram baixos escores nas habilidades de comunicação (4HCS). Não houve mudanças significativas nos níveis globais de satisfação do paciente com o atendimento do médico após o treinamento, tampouco na duração média dos encontros. Esperava-se que o atendimento centrado no paciente, utilizando os 4HCS, fosse mais demorado do que o atendimento biomédico tradicional, mas isso não foi confirmado no estudo.

Autor/Ano/ País	Desenho do estudo	Amostra e contexto	Características do treinamento	Instrumentos	Variáveis	Principais Resultados
Riley et al (2011) Estados Unidos	Estudo randomizado, com dois grupos experimentais, um grupo de controle e pré e pós-teste.	Profissionais de saúde de diversas profissões de 3 hospitais comunitários **Área:** Centro Obstétrico	Um hospital recebeu o Programa de treinamento didático *TeamSTEPPS,* outro hospital recebeu o programa *TeamSTEPPS* juntamente com uma série de exercícios de treinamento de simulação in situ e um terceiro hospital não recebeu a intervenção de treinamento (grupo controle).	- Resultados perinatais - *Weighted Adverse Outcomes Score* (WAOS) - Pesquisa de segurança (Questionário de Atitudes de Segurança).	**Dependentes:** Aprendizado de habilidades técnicas (resultados de morbidade e mortalidade perinatal) e não técnicas (consciência situacional, modelo mental compartilhado, comunicação em circuito fechado, liderança e trabalho em equipe). **Independentes:** - Comparação intragrupo dos escores de habilidades avaliados antes da intervenção treinamento (T1), 1 a 6 meses após a intervenção (T2) e 7 meses a 1 ano após a intervenção (T3). - Condição experimental: 1 - *TeamSTEPPS,* 2- *TeamSTEPPS* + exercícios de simulação 3- Sem treinamento	- Melhora significativa e persistente dos resultados de morbidade perinatal após intervenção de treinamento na condição experimental 1 (*TeamSTEPPS* + exercícios de simulação). - O programa *TeamSTEPPS,* sem os exercícios de simulação (condição experimental 2), não foi eficaz para melhorar os resultados perinatais após o treinamento. - Não houve diferença significativa nos resultados de habilidades técnicas e não técnicas após o treinamento na comparação entre os dois grupos experimentais e o grupo controle. - Os resultados mostraram que não houve mudanças nas atitudes de segurança durante o período de dois anos do estudo no grupo controle e no grupo experimental que participou somente do *TeamSTEPP* (condição experimental 2). - Houve um aumento dos resultados de habilidades não técnicas (trabalho em equipe) no grupo que participou do *TeamSTEPPS* + exercícios de simulação).

Autor/Ano/ País	Desenho do estudo	Amostra e contexto	Características do treinamento	Instrumentos	Variáveis	Principais Resultados
Curtis et al. (2013) Estados Unidos	Estudo randomizado, com avaliação em dois momentos no tempo e presença de grupo controle	Residentes de medicina e Enfermeiros **Área:** Ambulatório	Treinamento de comunicação formado por 8 sessões. Cada sessão incluiu (1) uma breve visão geral, incluindo uma demonstração pelo corpo docente; (2) prática de habilidades usando simulação (pacientes simulados, família ou médicos); e (3) discussões reflexivas. Cada sessão abordou um tópico específico (por exemplo, construir relacionamento; dar más notícias; falar sobre diretivas antecipadas; conflito médico-enfermeiro; conduzir uma conferência familiar; status de não ressuscitar e cuidados paliativos; e falar sobre morrer). Os participantes foram randomizados em condições experimentais distintas de treinamentos (sessões de simulação educação tradicional ou sem treinamento).	- Questionário de qualidade da comunicação relatada pelo paciente (QOC) - Qualidade dos cuidados de fim de vida relatada pelo paciente - (QEOLC) - Sintomas depressivos dos pacientes - Questionário de Saúde Pessoal - QOC e QEOLC relatados pela família	**Dependente:** QOC e QEOLC de acordo com a percepção de pacientes e familiares Sintomas depressivos de pacientes **Independente:** - Comparação intragrupo dos escores das escalas avaliados 6 meses antes da intervenção (T1) e 10 meses após a intervenção (T2). - Condições experimentais: 1- Sessões de treinamento baseadas em simulação 2- Sessões de treinamento baseadas na educação tradicional 3- Sem treinamento	Não houve melhoria nos índices de qualidade do cuidado no fim de vida entre os participantes do treinamento de comunicação baseado em simulação em comparação com aqueles que participaram da educação usual, Houve um pequeno aumento nos sintomas depressivos dos pacientes
Gibon et al. (2013) Bélgica	Estudo randomizado, com avaliação em dois momentos no tempo e presença de grupo controle	Integrantes da equipe do serviço de radioterapia (secretários, enfermeiros, físicos, e médicos). **Área:** Oncologia	Treinamento de habilidades de comunicação de 38 horas. Quatro equipes de radioterapia foram aleatoriamente designadas para um programa de treinamento ou para uma lista de espera (grupo controle).	- Questionário de autoeficácia para se comunicar com o paciente simulado sobre suas preocupações e angústias. - Questionário de Autoeficácia para se comunicar com o paciente simulado e com colegas sobre os recursos da equipe. - Motivação atual para melhorar a habilidades de comunicação.	**Dependente:** Autoeficácia para a comunicação **Independente:** - Comparação intragrupo dos escores das escalas antes e depois da intervenção (T1 e T2). - Condição experimental: com ou sem treinamento.	O treinamento foi eficaz para melhorar as habilidades de comunicação dos membros da equipe e sua autoeficácia para se comunicar no contexto de um encontro com um paciente simulado.

Autor/Ano/ País	Desenho do estudo	Amostra e contexto	Características do treinamento	Instrumentos	Variáveis	Principais Resultados
Khodadadi et al. (2013) Irã	Estudo randomizado, com avaliações em dois momentos no tempo e grupo controle.	Enfermeiros **Área:** Ambulatório	A intervenção deste estudo foi formada por palestras e panfletos educativos sobre habilidades de comunicação apenas para enfermeiros do grupo durante dois meses. Os grupos de controle participaram de programas de educação do hospital, mas não participaram dessa intervenção.	- Qualidade do atendimento percebido pelo paciente. - Questionário de Satisfação com trabalho do enfermeiro - Questionário de habilidades de comunicação. - Questionário de autoeficácia do enfermeiro.	**Dependente:** Qualidade do atendimento percebido pelo paciente, Satisfação com o trabalho, Habilidade de comunicação e Autoeficácia. **Independente:** - Comparação intragrupo dos escores das escalas antes e depois da intervenção de treinamento (T1 e T2). - Condição experimental (com ou sem treinamento).	Há diferença significativa entre os escores médios de habilidades de comunicação dos grupos experimentais e controle. Há diferença significativa no grupo experimental antes e após a intervenção. Há uma diferença estatisticamente significativa entre a qualidade do atendimento em pacientes dos grupos controle e experimental após a intervenção. O treino de habilidades de comunicação pode aumentar a qualidade da assistência de enfermagem.
Boet et al. (2016) Canadá	Estudo randomizado com dois grupos experimentais, sem grupo controle, com pré e pós-testes	Residentes de medicina (anestesia e cirurgia) e uma equipe de enfermeiros ortopédicos **Area:** Cenário de cirurgia	Dois grupos experimentais: cenários simulados formados por equipes interprofissionais que conduziam *debriefings* (com ou sem instrutor)	- Listas de verificação (pré e pós-teste: desempenho percebido CRM). - Conteúdo transcrito das gravações dos *debriefings*, codificado e analisado por mais de um pesquisador.	**Dependente:** Desempenho percebido de gerenciamento de recursos (CRM) (comunicação, liderança, consciência da situação, papéis e responsabilidade). **Independente:** Comparação intragrupo dos desempenhos percebidos de gerenciamento de recursos antes e depois da intervenção (T1 e T2)	Independentemente da presença ou ausência de um instrutor conduzindo o *debriefing*, as equipes interprofissionais de ambos os grupos experimentais direcionaram, com qualidade, a discussão, desempenhando bem aspectos de gerenciamento de recursos (CRM), ou seja, comunicação, liderança, consciência da situação, papéis e responsabilidade. Poucos dados científicos sobre o que acontece durante o *debriefing,* especialmente para o *debriefing* da equipe interprofissional.
Yamada et al. (2018) Japão	Estudo randomizado com pré, pós-teste e *follow-up* (3 meses após a intervenção).	Médicos **Area:** Oncologia	*Workshops* de dois dias, realizados entre novembro de 2007 e março 2011. Avaliação em momentos distintos: antes do treinamento, imediatamente após e três meses após.	- Escala Jefferson de Empatia Médica (JSPE) - Índices de Reatividade Interpessoal Índices (IRI).	**Dependente:** empatia e reatividade interpessoal **Independente:** Comparação intragrupo dos escores de empatia e reatividade interpessoal antes do treinamento (T1), após (T2) e 3 meses depois (T3 – *follow-up*).	Os níveis de empatia e de reatividade interpessoal dos oncologistas no Japão aumentaram após a participação no *workshop*. Os índices dos médicos de cuidados paliativos foram significativamente superiores aos de oncologistas médicos, oncologistas cirúrgicos, urologistas e demais especialidades.

Autor/Ano/ País	Desenho do estudo	Amostra e contexto	Características do treinamento	Instrumentos	Variáveis	Principais Resultados
Agreli et al. (2019) Brasil	Estudo quase experimental, com avaliação em dois momentos distintos e grupo controle.	Profissionais da atenção primária em saúde (médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde e os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista, auxiliar ou técnico de saúde bucal) **Área:** Unidade Básica de Saúde - UBS	Duas oficinas de EIP com duração de três horas cada, durante o período reservado às reuniões de equipe e na própria UBS. As oficinas trataram do trabalho em equipe e prática colaborativa no manejo de condições crônicas e foram elaboradas a partir das técnicas da teoria da aprendizagem experiencial.	- Escala de Clima de Trabalho em Equipe (ECTE) - O teste de conhecimento foi composto por dez questões, que versavam sobre as estratégias preconizadas no cuidado da pessoa com doença crônica. As questões foram desenvolvidas pelos autores do estudo e especialista.	**Dependente**: clima de equipe e conhecimentos sobre manejo das condições crônicas. **Independente**: - Comparação intragrupo dos escores de clima de equipe e dos conhecimentos sobre manejo das condições crônicas antes e após o treinamento (T1 e T2) - Condições experimentais: com ou sem treinamento.	As equipes que participaram da intervenção de educação interprofissional apresentaram aumento médio do nível de conhecimento pós-intervenção maior do que as equipes do grupo-controle. Na análise de ambos os grupos, não houve variação significativa nos escores de clima do trabalho em equipe. A intervenção de educação interprofissional de curta duração realizada durante as reuniões de equipe resultou em melhoria na apreensão dos conhecimentos específicos sobre as condições crônicas, porém não apresentou impactos significativos no clima do trabalho em equipe.
Chang et al. (2019) Taiwan	Estudo randomizado com 6 grupos experimentais (intervenção) e 6 grupos controle (sem intervenção) com pré e pós-teste.	Médicos Residentes Enfermeiros Fisioterapeutas **Área**: Centro de competência clínica, UTI, pronto-socorro, elevadores, em frente às salas de operações e salas de tomografia.	3 sessões de simulação interprofissional em três meses seguidos, seguido de feedback baseado em vídeo e uma discussão em grupo. Cada lista de verificação foi dividida em três seções: habilidades pessoais, estabilização e preparação antes do transporte (fase 1); durante (fase 2) e depois do transporte (fase 3).	- Lista de verificação de competências de transporte aplicada antes e após intervenção com cada tipo de profissional (habilidades técnicas e não técnicas) a serem preenchidas pelos avaliadores e participantes (autoavaliação). - Roteiro de grupo focal (após a sessão de treinamento).	**Dependentes:** Habilidades técnicas e não técnicas dos membros das equipes interprofissionais. **Independentes:** Comparação intragrupo dos escores de habilidades técnicas e não técnicas dos membros das equipes interprofissionais avaliados antes e depois da intervenção (T1 e T2). Condições experimentais: com ou sem treinamento.	Não houve diferença no pré-teste dos grupos experimentais e controles. Os grupos experimentais tiveram pontuação maior nas habilidades técnicas e não técnicas no pós-teste em relação aos grupos controle. Os grupos experimentais continuamente aprimoraram suas habilidades não técnicas a cada exposição às atividades. Os grupos experimentais e de controle obtiveram uma pontuação mais alta na autoavaliação do que na heteroavaliação. Essa discrepância na pontuação diminuiu nos grupos experimentais no pós-teste.

Autor/Ano/ País	Desenho do estudo	Amostra e contexto	Características do treinamento	Instrumentos	Variáveis	Principais Resultados
Mink et al. (2019) Alemanha	Estudo randomizado, com grupo experimental e grupo controle e avaliação em três momentos no tempo (T0, T1 e T2) por meio de métodos mistos (observação, *surveys*, entrevistas e grupos focais).	Médicos, Enfermeiros, Estudantes de graduação em medicina do 6º ano e Estudantes de graduação em enfermagem do 3º ano Facilitadores e *staffs* **Área**: Enfermaria visceral-cirúrgica.	Intervenção de treinamento de curta duração sobre competências interprofissionais. Grupo experimental recebe orientação, apoio e *feedbacks* na atuação prática e real durante 4 semanas. Grupo Controle não participa do treinamento e não recebe *feedbacks* e suporte na atuação. São realizadas observações (com gravação em vídeo), entrevistas e grupos focais ao longo do tempo pós-intervenção.	- *England Interprofessional Questionnaire* (UWE-IP) (Mahler et al., 2017). - *Interprofessional Socialization and Valuing Scale* (ISVS) (King et al., 2010). - *Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale* (AITCS) (Orchard et al., 2012). - Roteiro de entrevista semiestruturada. -Roteiro de grupo focal. - Roteiro de observação dos *rounds.*	**Dependentes**: Trabalho em equipe, Colaboração interprofissional, Aprendizado interprofissional e Interação interprofissional. **Independentes:** - Comparação intragrupo dos escores das escalas avaliados antes do treinamento (T0), 4 semanas depois do treinamento (T1) e 3 meses depois do treinamento (T2) Os facilitadores e os *staffs* realizaram a heteroavaliação, por meio das 3 escalas antes do treinamento (T0), 12 a 18 meses depois do treinamento (T1) e 24 meses depois do treinamento (T2). - Condições experimentais: com ou sem treinamento.	A intervenção facilitou o desenvolvimento de competência dos profissionais de saúde e o desenvolvimento da identidade profissional, processos de tomada de decisão com os membros da equipe de saúde e pacientes e esclarecimento de papéis na equipe. Os participantes do grupo experimental desenvolveram atitudes mais positivas em relação aos aspectos interprofissionais ao longo do tempo (T0, T1 e T2) quando comparado ao grupo de comparação.

Os estudos mencionados no Tabela 3 apresentaram intervenções educativas realizadas com profissionais de saúde. No entanto, uma delas (5,5%) contou também com a participação de estudantes de graduação em saúde (Mink et al., 2019) e seis (33,3%) com residentes de medicina ou de enfermagem (Boet et al., 2016; Bragard et al., 2010; Chang et al., 2019; Curtis et al., 2013; Shapiro et al., 2004; Villemure et al., 2018). Cinco (27,7%) intervenções foram realizadas nos Estados Unidos, duas (11,1%) foram realizadas na Bélgica, Canadá e Reino Unido e uma (5,5%) foi realizada nos seguintes países: Alemanha, Brasil, Iran, Japão, Noruega, Taiwan e Nova Zelândia.

No que tange ao contexto das equipes de trabalho, sete estudos (38,3%) foram realizados em ambulatórios ou enfermarias, cinco (27,7%) na área oncológica, dois (11,1%) na área obstétrica e os demais em áreas como UTI, emergência e cuidados primários. A realização de intervenções de treinamento em contextos iguais e/ou semelhantes ao ambiente de trabalho contribui para o aumento da transferência positiva do treinamento. Os cenários de treinamento, portanto, devem replicar o máximo de detalhes físicos e psicológicos do ambiente de trabalho da equipe treinada.

Quanto à composição das equipes, foi verificado que, em 11 estudos (61,1%), as profissões do (a) médico (a) e do (a) enfermeiro (a) estavam presentes. Outros profissionais também fizeram parte de algumas equipes, tais como o nutricionista e técnico em radiologia. Diferentes disciplinas dentro de uma mesma profissão também foram mencionadas, à exemplo dos médicos anestesistas, cirurgiões, oncologistas, obstetras e clínicos gerais.

No que tange às características do treinamento, os 18 estudos (100%) utilizaram simulação realística ou dramatização de casos práticos. A simulação interprofissional é bastante utilizada na área de saúde, uma vez que consegue avaliar aspectos técnicos e não técnicos (Chang et al., 2019). Onze intervenções (61,1%) foram realizadas em um período superior a 7 horas, enquanto sete (38,8%) foram realizadas em um período inferior a 7 horas.

Intervenções de longa duração produziram efeitos mais positivos nas percepções de estudantes quando comparadas às de curta duração (Hammick et al., 2007). Os estudos apresentados na Tabela 3 foram realizados, em sua maioria, com profissionais da área de saúde e

considerados de longa duração, porém com espaçamento entre as sessões de treinamento. A incompatibilidade de turnos e horários entre os integrantes da equipe interprofissional pode se constituir como uma barreira significativa para a realização dessas intervenções (Hammick et al., 2007).

Quanto ao desenho das intervenções, um estudo (5,5%) foi quase experimento e 17 (94,4%) experimentos randomizados/com designação aleatória, porém 5 (27,7%) não possuíam grupo de controle ou de comparação. Onze intervenções ((61,1%) foram avaliadas em dois momentos no tempo, sete (38,8%) foram avaliadas em três momentos no tempo e uma intervenção (5,5%) em um único momento no tempo.

Todas as intervenções foram avaliadas por meio de instrumentos de coleta de dados (questionários e listas de verificação de desempenho) e por mais de uma fonte de avaliação: autoavaliação (respondida pelo treinando) e heteroavaliação (respondida por avaliadores) de reação, aprendizagem, impacto do treinamento no trabalho e resultados da equipe e do paciente. Quatro estudos (22,2%) construíram os instrumentos para avaliar as intervenções, enquanto os outros 14 (77,7%) adotaram instrumentos já utilizados na literatura, tais como o *Work Collaborative Questionnaire* (Chiocchio et al., 2012), que mensura a percepção do trabalho colaborativo desenvolvido pela equipe. Todos os estudos incluíram o aprimoramento de habilidades não técnicas ou socioafetivas, a exemplo de comunicação, trabalho em equipe, tomada de decisão em equipe e atitudes de disposição ao trabalho colaborativo. Nenhum estudo abordou especificamente o termo habilidades socioafetivas.

Discussão

Esta revisão analisou a produção científica sobre EIP, com foco na aprendizagem de HSA relevantes ao trabalho colaborativo em saúde. Foram respondidas as quatro perguntas que nortearam a busca, seleção e análise de revisões de literatura e estudos empíricos. Quanto à primeira pergunta (Quais as características das equipes multi e interprofissionais em saúde treinadas nas ações de EIP?), os resultados indicaram pouca diversidade de profissões de saúde participando

dos treinamentos, com um predomínio de no máximo três categorias profissionais (ex.: medicina, enfermagem e fisioterapia). Os (as) enfermeiros (as) e médicos (as), nas suas diversas especialidades, foram mencionados (as) com maior frequência como público-alvo dos treinamentos (Fung et al., 2015; Taylor et al., 2018; Xyrichis & Lowton, 2008). Esse resultado pode estar associado à dificuldade do profissional de saúde em se ausentar do posto de trabalho quando o treinamento ocorre dentro da sua carga horária laboral. A estabilidade dos profissionais nas equipes também deve ser analisada durante o planejamento do treinamento. É recomendável, por exemplo, que o intergrante de uma equipe considerada intacta, ou seja, formada pelos mesmos profissionais durante um longo período de tempo, participe do treinamento juntamente com os profissionais da sua equipe, pois é importante reproduzir de forma fiel e realística o mesmo cenário de trabalho durante o evento instrucional (Fung et al., 2015).

Foi observada, também, uma prevalência de estudos de EIP realizados em hospitais universitários. Foram identificados poucos estudos em hospitais da rede privada e realizados com profissionais que não estavam vinculados a um programa formal de desenvolvimento, como o de residência. Não foram identificados estudos que incluíram o paciente e o familiar como integrantes da equipe de saúde durante o treinamento, contrariando D'Amour e Oandasan (2005), que incluem pacientes, familiares e comunidade no conceito de trabalho colaborativo de equipes em saúde, pois compreendem a importância da participação desses agentes em eventos instrucionais de trabalho em equipe.

Esses resultados reforçam que os treinamentos não estão ocorrendo com a participação de todos os profissionais da equipe de saúde (Barr et al., 2006). Embora a diversidade de profissões que integram as equipes de saúde tenha aumentado nos últimos anos, poucos estudos mencionaram a participação de mais de três profissionais não médicos, a exemplo do estudo Agreli et al. (2019), que inclui, além dos médicos (as), os dentistas, os auxiliares de saúde bucal, os enfermeiros (as) e os (as) técnicos (as) em enfermagem.

Em resposta à segunda pergunta (Como são as intervenções de educação interprofissional necessárias ao trabalho colaborativo em saúde?), os resultados apontaram uma diversidade de formatos de treinamentos de trabalho em equipe, de comunicação e outras habilidades necessárias ao trabalho colaborativo, com predomínio de métodos de aprendizagem ativos, baseados em informação, demonstração e prática, realizados em cenários reais ou simulados e com a presença de *feedbacks* ao aprendiz (Dietz et al., 2014; Fung et al., 2015; McCulloch et al., 2011; Taylor et al., 2018; Weaver et al., 2014). Embora a maior parte dos estudos indique uma tendência dos treinamentos de longa duração produzirem maior efeito positivo nos resultados na equipe, não há consenso na literatura sobre a quantidade de horas e o tempo de espaçamento mais adequado para o evento instrucional (Hammick et al., 2007; Reeves et al., 2011; Reeves et al., 2013; Reeves et al., 2008; Richard et al., 2018).

Outro aspecto importante a ser discutido é a viabilidade de participação dos profissionais de saúde em eventos instrucionais de longa duração, sobretudo quando o público-alvo é formado por equipes intactas de saúde e o evento ocorre dentro da carga horária de trabalho. A quantidade reduzida das amostras de participantes nos treinamentos relatados nas pesquisas, sobretudo nos de longa duração, é um ponto mencionado como limitação nos estudos. Dessa forma, é importante investigar não só o tempo de duração das intervenções educacionais, mas as variáveis do contexto que viabilizam e impedem a participação do profissional no evento instrucional.

É importante investigar, também, com mais profundidade, o formato das intervenções de curta duração. A literatura apresenta algumas ações educacionais de curta duração, como os *rounds* e reuniões clínicas multiprofissionais. Entretanto, essas ações são relatadas, com mais frequência, em estudos realizados com foco na formação de estudantes de graduação, internos, residentes médicos e não médicos (Freeth et al., 2009; Reeves et al., 2011; Taylor et al., 2018). Além disso, essas ações educacionais breves não aparentam possuir um planejamento sistemático, baseado em diagnósticos periódicos e específicos de necessidades de aprendizagem. Verifica-se o atendimento às exigências de currículos formais mais amplos de capacitação, que prevê atuação contínua dos

profissionais em formação em cenários reais de prática. Torna-se, portanto, necessário compreender se essas ações de curta duração, quando realizadas de forma contínua e planejada, podem produzir resultados semelhantes ou até superiores às ações de longa duração, uma vez que a brevidade de duração pode facilitar a participação de mais profissionais de diferentes formações em um mesmo espaço e intervalo de tempo.

A terceira pergunta (Quais as habilidades desenvolvidas nas intervenções educativas?) evidenciou um ponto de atenção sobre os temas das intervenções educacionais realizadas com as equipes. Há um predomínio de treinamentos com foco no aprimoramento de habilidades voltadas à assistência ao paciente e não às interações socioafetivas entre os profissionais de diferentes formações e especialidades.

Dentre as habilidades não técnicas ou socioafetivas, houve destaque para treinamentos de comunicação, nas suas mais diversas formas de expressão e tipos de conteúdo, com predomínio para a comunicação de más notícias e tomada de decisão colaborativa (Berkhof et al., 2011; Chant et al. 2001; Johnson & Panagioti, 2018; Moore et al., 2018); trabalho em equipe (Reeves et al., 2011; Salas, 2015; Thistlethwaite & Moran, 2010; Xyrichis et al., 2017) e empatia (Fallowfield et al., 2003; Yamada et al., 2018). Houve, também, exemplos de treinamentos que aliavam habilidades técnicas e não técnicas, como o estudo de Chang et al. (2019), que treinou a prática colaborativa de transporte de pacientes. De uma forma geral, há pouco detalhamento sobre como emergiu a necessidade dos treinamentos e sua relação com a estratégia de seleção e sequenciamento dos conteúdos e habilidades que serão trabalhadas na capacitação. Não foi observada também uma descrição específica dos desempenhos esperados após a realização do treinamento, tampouco sua relação com os temas trabalhados.

A revisão apontou instrumentos de medida utilizados nas intervenções educacionais, em resposta à quarta pergunta (Quais os instrumentos de medida utilizados na avaliação de intervenções educacionais em saúde?). Foi observado um predomínio de medidas objetivas de avaliação, como os *surveys*, *checklists* de verificação e indicadores associados a resultados clínicos do

paciente, bem como medidas de percepção e autorrelato. Foram identificados instrumentos heterogêneos e pouco consenso em relação aos construtos medidos. Uma das justificativas para esse fato pode estar associada à diversidade de HSA presentes nas interações multiprofissionais em saúde. Além disso, observou-se pouco detalhamento das evidências de validade e propriedades métricas dos instrumentos utilizados (Havyer et al., 2016; Thannhauser et al., 2010).

Os estudos descritos na Tabela 3 apresentam delineamentos de pesquisa robustos, combinam medidas objetivas e subjetivas de avaliação e adotam um elevado rigor metodológico nos procedimentos de coleta e análise de dados, como a criação de critérios bem definidos, uso de codificação de respostas, consulta do material de gravação/filmagem de cenas e falas dos participantes, escolha aleatória de mais de um observador/avaliador e grupos focais para consenso. Com o intuito de aumentar a consistência dos resultados de treinamento e isolar algumas variáveis, alguns desses estudos utilizaram predominantemente três medidas de avaliação (1 pré-teste e 2 pós-testes), bem como grupos de controle e comparação.

Esta revisão confirma a importância das intervenções de treinamento de HSA na formação do profissional, ao longo da sua carreira, ao trabalho colaborativo, porém alerta para a necessidade de uma definição prévia das demandas de aprendizagem e adoção de planos instrucionais sistemáticos e compatíveis com o contexto multiprofissional em saúde (Weaver et al., 2014). As pesquisas relatadas nesta revisão mostram que a escolha adequada de variáveis do desenho instrucional, a exemplo do método de ensino e de instrumentos robustos de avaliação, com abordagens qualitativas e quantitativas, possibilita resultados mais efetivos de treinamento para a equipe de saúde.

Os resultados de treinamentos devem ser compartilhados com a equipe multiprofissional em saúde, pois podem impactar positivamente a qualidade da assistência prestada ao paciente e o clima da equipe, bem como estimular a participação de mais profissionais em ações educacionais que aprimorem o trabalho colaborativo. Além das habilidades técnicas e específicas de cada

profissão, o uso de HSA contribui para gerar uma força de trabalho qualificada, respeitosa, proativa e centrada no cuidado e segurança do paciente.

É importante ressaltar, também, que o treinamento de habilidades técnicas e não técnicas é apenas uma das várias intervenções que podem influenciar na redução dos danos ao paciente e na melhoria da sua segurança. Esta revisão mostra, por meio da quantidade exaustiva de estudos, o quanto as ações de treinamento em habilidades não técnicas ou socioafetivas, se realizadas de forma contínua e planejada, podem contribuir para o trabalho colaborativo dos profissionais e das equipes multi e interprofissionais em saúde. No entanto, o desenvolvimento de habilidades socioafetivas requer uma visão sistêmica de planejadores instrucionais, incluindo análise do desenho dos processos de trabalho adotados pela equipe e outros elementos que podem favorecer ou restringir o uso dessas habilidades no contexto de trabalho (Salas et al., 2008).

Considerações finais

Os resultados da presente revisão integrativa de literatura reforçam que as habilidades socioafetivas precisam ser treinadas, de forma contínua, nos diversos contextos de saúde e sob condições instrucionais específicas, com intuito de promover práticas colaborativas efetivas entre os integrantes de equipes multi e interprofissionais e, consequentemente, melhorar a assistência prestada ao paciente. Os conceitos relacionados às equipes interprofissionais, trabalho colaborativo e habilidades socioafetivas, juntamente aos resultados de revisões de literatura e dos estudos empíricos sobre ações de EIP, fornecem informações valiosas aos planejadores instrucionais da saúde, pois indicam características promissoras do desenho, entrega e implementação de treinamentos realizados com equipes de saúde.

É importante avaliar em futuras pesquisas as variáveis associadas à área de atuação (ex.: oncologia, obstetrícia), ao perfil dos profissionais (categoria médica e não médica) e ao desenho do tipo de equipe (trabalho em equipe, colaboração, rede), que podem influenciar na expressão das HSA no trabalho colaborativo das equipes. Cabe avaliar, também, as características inerentes ao contexto de saúde que podem restringir a implantação e avaliação de treinamentos em equipes, a

exemplo da baixa disponibilidade de tempo dos profissionais para participarem de treinamentos e preencherem instrumentos de avaliação.

A compreensão profunda da estrutura e forma de trabalho das equipes contribui para a construção de ações de EIP focadas em necessidades e contingências específicas. O *InterPACT* é uma taxonomia valiosa que possibilita uma análise do tipo de desenho da equipe e das dimensões do seu trabalho (Xyrichis et al., 2018). Faz-se necessários, portanto, estudos científicos que integrem o planejamento de ações de EIP aos resultados extraídos dessa ferramenta. Sugere-se, também, que futuros pesquisadores utilizem definições constitutivas apresentadas em *frameworks* e portfólios de HSA, como o construído por Del Prette e Del Prette (2017). Os estudos identificados na literatura de EIP raramente relatam, de forma precisa, quais atributos socioafetivos estão sendo mensurados e avaliados em determinando treinamento, dificultando comparações entre resultados de pesquisa e proposições consistentes sobre o campo.

A revisão focou exclusivamente em artigos publicados em periódicos, revisados por pares, em três idiomas (português, inglês e espanhol), excluindo teses e dissertações, assim como publicações exclusivamente teóricas e oriundas de eventos científicos. Espera-se que os resultados e as sugestões aqui propostas contribuam com o aprimoramento das HSA, por meio de ações de EIP alinhadas às necessidades e configurações das equipes em saúde. Deseja-se que esta revisão inspire novas pesquisas, sobretudo no Hemisfério Sul, visto que ainda há um predomínio de estudos realizados em países do Hemisfério Norte, como os Estados Unidos e Inglaterra.

Manuscrito 2: Impactos da pandemia da covid-19 na educação interprofissional de residentes em saúde: uma revisão integrativa

Resumo

Este estudo analisou treinamentos realizados com residentes de saúde durante a pandemia da covid-19, com foco na aprendizagem de habilidades socioafetivas (HSA) relevantes ao trabalho colaborativo. A pandemia possibilitou aprendizagens importantes para os profissionais de saúde, assim como adaptações bruscas na configuração do trabalho. Este estudo apresenta uma revisão integrativa de literatura sobre mudanças na estrutura de equipes multi e interprofissionais em saúde e adaptações realizadas em treinamentos para residentes durante o período pandêmico. Foi realizada uma busca em 360 graus no portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), por artigos científicos sobre treinamentos realizados com equipes de saúde durante a pandemia, revisados por pares e publicados em português, inglês e espanhol no período de 2020 a 2022. Inicialmente, foram identificados 414 artigos, dos quais, porém, foram excluídos os estudos essencialmente teóricos e realizados exclusivamente com estudantes de graduação em saúde. Ao final, foram incluídas 16 revisões de literatura e 38 estudos empíricos. Os resultados da revisão de artigos apontaram poucas intervenções educacionais focadas, essencialmente, na aprendizagem de HSA e um predomínio de intervenções *online*, de curta duração, com participação uniprofissional de residentes de medicina, focadas em conteúdos técnicos e procedimentais e com aplicação de *surveys* e medidas de avaliação perceptuais e de autorrelato. Os resultados indicaram, também, que os profissionais de saúde não estavam devidamente preparados para trabalhar de forma colaborativa em circunstâncias de crise e que os treinamentos de HSA devem ser realizados periodicamente nos programas de residência em saúde, estimulando a prática colaborativa multiprofissional.

Palavras-chave: educação interprofissional, treinamento, habilidades socioafetivas, residência em saúde, covid-19.

Introdução

Em 2019, foram identificados na China os primeiros casos de uma doença respiratória, a covid-19, causada por um novo tipo de coronavírus, intitulado *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus* 2 (SARS-CoV-2). O vírus se espalhou inicialmente por diversas cidades da China e, rapidamente, por todo o mundo, culminando em uma pandemia que matou mais de 14 milhões de pessoas (World Health Organization [WHO], 2022). Diante do cenário caótico de saúde pública mundial, os profissionais de saúde precisaram desenvolver novas formas de trabalhar em equipe, aprimorar habilidades (técnicas e não técnicas) e lidar diariamente com as adversidades do enfrentamento da doença e com os novos hábitos individuais e coletivos.

Embora a pandemia tenha gerado muita aprendizagem aos profissionais de saúde, sobretudo aos que estavam vinculados a programas de formação profissional (ex.: residentes), foi identificado um número expressivo de pesquisas na literatura que relataram um agravamento na saúde mental dos profissionais de saúde e o aumento dos casos de depressão, ansiedade e *burnout* (Fernandez et al., 2020; Prado et al., 2020; Rieckert et al., 2021; Vizheh et al., 2020). A pandemia impulsionou adaptações bruscas na forma de trabalho das equipes de saúde, incluindo diferentes formas de comunicação e ensino, mediados pelas novas tecnologias de informação e comunicação (NTIC).

Pesquisas extraídas da literatura no período 2000-2020 (Manuscrito 1) reforçaram a importância do uso de habilidades não técnicas ou socioafetivas no trabalho colaborativo multi e interprofissional, bem como a necessidade de aprimoramento contínuo dessas habilidades ao longo da vida do profissional de saúde (Buljac-Samardzic et al., 2020; Chang et al., 2019). As pesquisas indicaram que lacunas de aprendizagem dessas habilidades poderiam estar associadas aos cursos de graduação em saúde, que ainda ofertam poucas oportunidades de prática multi e interprofissional (Allen et al., 2022; Brown et al., 2016).

Estudantes e profissionais de saúde apresentam dificuldades básicas no uso de habilidades socioafetivas (HSA) favoráveis ao trabalho colaborativo, a exemplo do diálogo com profissionais de

outras formações e especialidades acerca da conduta clínica relativa ao paciente. Durante a pandemia da covid-19, esses desafios ficaram ainda mais evidentes, pois o profissional precisou adquirir e aplicar, quase que instantaneamente e sob forte pressão, HSA relacionadas à comunicação, relacionamento e suporte mútuo. Cabe acrescentar que essas habilidades são consideradas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 1999) como preditoras de saúde mental (Moscon et al., 2021; WHO, 1999). Dessa forma, o agravamento da saúde mental dos profissionais pode ser, em parte, atribuído ao uso ineficiente e inadequado dessas habilidades no contexto de trabalho.

O contexto pandêmico trouxe inquietações importantes para a comunidade científica sobre educação interprofissional em saúde (EIP), estimulando novas agendas de pesquisa sobre treinamentos e ações educativas focadas no aprimoramento de práticas colaborativas multiprofissionais (Fernandez et al., 2020; Rieckert et al., 2021). O surto da doença do vírus Ebola, em 2014, já tinha evidenciado a necessidade de treinar as equipes de saúde em habilidades relacionadas à definição de papéis, engajamento, comunicação, trabalho em equipe, gerenciamento de recursos, dentre outras habilidades cruciais ao enfrentamento de um contexto de elevada pressão. As consequências dessa falta de planejamento podem ter trazido desafios adicionais aos profissionais que atuaram, sobretudo na linha de frente, na assistência aos pacientes acometidos pela covid-19 (Goldman & Xyrichis, 2020; Holmgren et al., 2022).

Esta revisão de literatura objetiva responder questões sobre treinamento de profissionais de saúde: Como foram identificadas e desenvolvidas as lacunas de aprendizagem de HSA durante a pandemia nos programas de residência em saúde? Quais as diferenças entre as intervenções educacionais e os treinamentos ofertados no período anterior ao da pandemia?

Diante dos referidos questionamentos, o objetivo deste estudo é, portanto, analisar treinamentos realizados com residentes de saúde durante a pandemia da covid-19, com foco na aprendizagem de habilidades socioafetivas (HSA) relevantes ao trabalho colaborativo. Serão

investigados, também, os desenhos instrucionais e instrumentos de avaliação utilizados nas intervenções de treinamento.

Referencial teórico

Nesta seção, serão apresentados elementos teóricos importantes sobre os efeitos da pandemia da covid-19 na estrutura das equipes multi e interprofissionais, no trabalho colaborativo e nas ações de EIP adotadas, sobretudo nos programas de residência em saúde.

Mudanças na estrutura de equipe e no trabalho colaborativo durante a pandemia

O trabalho colaborativo desenvolvido por integrantes de equipes multi e interprofissionais em saúde é desafiador e exige uma aplicação contínua de um conjunto de habilidades (técnicas e atitudinais), de forma rápida e precisa, com o intuito de garantir uma assistência de qualidade ao paciente. Em um contexto pandêmico, o trabalho em equipe se tornou ainda mais complexo, pois demandou a coordenação de novas fronteiras profissionais e processos socioafetivos que emergiram diante da circunstância de pressão intensa e contínua da vida pessoal e laboral (Khalili & Xyrichis, 2020; Lackie et al., 2020; Tannenbaum et al., 2020).

Em virtude da alta exposição ao coronavírus, muitos profissionais de saúde também foram afetados e contaminados, motivando sucessivos rearranjos na configuração das equipes e alto redimensionamento de pessoal. O perfil das equipes de saúde ficou, portanto, ainda mais heterogêneo no que se refere à qualificação de pessoal, tipo de profissão e tempo de experiência profissional anterior de trabalhos em equipes interprofissionais (Hunger & Schumann, 2020). A alta rotatividade de profissionais reduziu as chances do trabalho de equipes intactas, ou seja, aquelas equipes mais estáveis, formadas por profissionais que já atuam juntos há um intervalo de tempo regular.

A covid-19, por ser uma doença nova, contribuiu também para rápidas e constantes mudanças de orientações e protocolos de saúde. As descobertas referentes ao processo de contenção da doença ocorreram quase simultaneamente ao desenvolvimento de novas formas de

trabalho das equipes de saúde. Nesse sentido, não havia muito tempo para os profissionais aprimorarem processos de aprendizagem dentro da equipe, pois muitos deles eram remanejados no turno seguinte de trabalho para uma equipe com características completamente distintas da anterior.

Além de ter provocado mudanças na configuração das equipes e nas atividades laborais, a pandemia impulsionou o surgimento de estressores individuais e coletivos, sobretudo naqueles profissionais que atuaram na linha de frente de cuidado ao paciente (Brooks et al., 2020; Da Silva Lourenço et al., 2020; Prado et al., 2020; Rosen et al., 2020; Traylor, Thomas, & Salas, 2020). Nesse cenário, o estresse psicológico e os sintomas de ansiedade e depressão aumentaram, estendendo-se, inclusive, para o ambiente familiar.

A pressão da experiência pandêmica exigiu dos profissionais um nível de atenção ao trabalho em equipe muito superior ao exigido anteriormente. Embora alguns estudos afirmem que os profissionais ficaram mais atentos e tolerantes aos fatores humanos expressos pelos integrantes da equipe (Ellis, Hay-David, & Brennan, 2020), outros estudos evidenciaram que, mesmo havendo uma intenção clara de cooperar com os demais profissionais, o profissional de saúde, em determinado momento, não conseguia sustentar um alto nível de desempenho junto a sua equipe de trabalho, passando a focar a energia e atenção em si próprio (Tannenbaum et al., 2020).

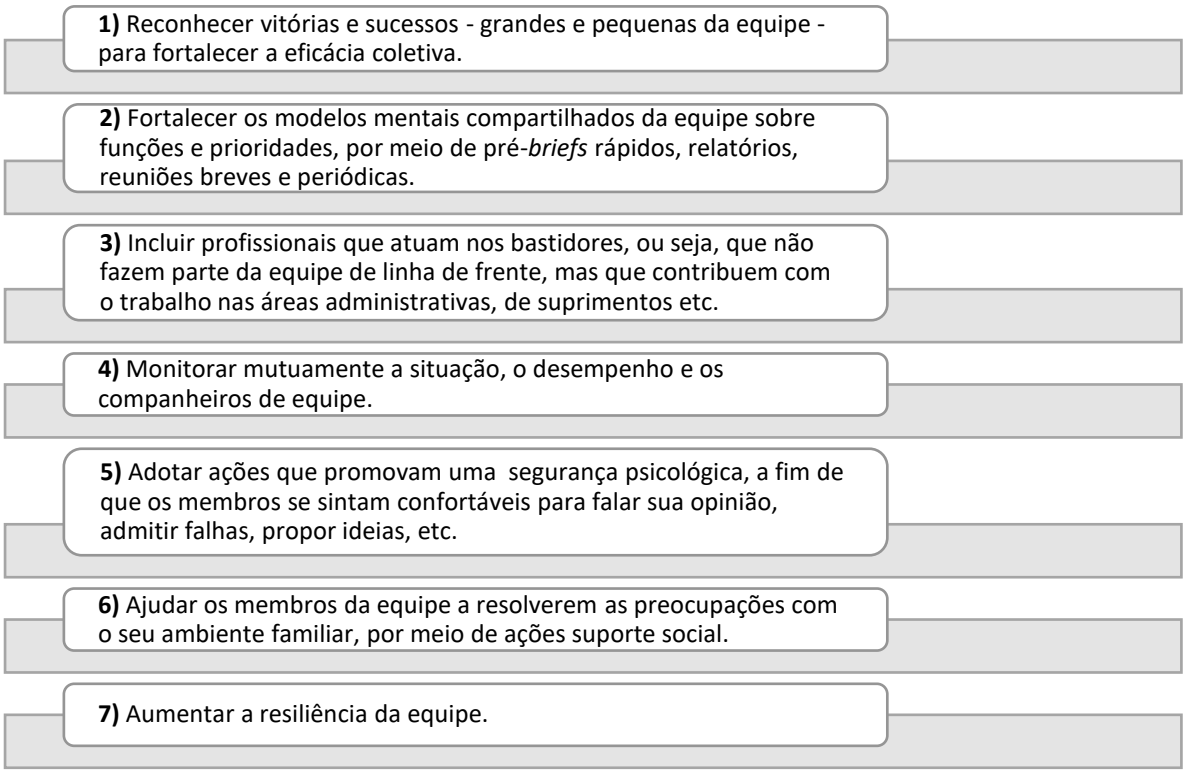
O foco no trabalho individual e não no coletivo tornou-se, portanto, um aspecto crítico da atuação de uma equipe de saúde durante a crise pandêmica, e precisou ser observado com mais cautela e rapidez pelos líderes de equipe, com o intuito de planejar intervenções breves e direcionadas ao trabalho colaborativo, à resiliência e ao esforço mútuo. Os líderes precisaram encorajar continuamente os profissionais a colaborarem uns com os outros, assim como a tomarem decisões de forma coletiva, adiando ou antecipando tarefas e discriminando aquelas consideradas importantes e urgentes (Shanafelt et al., 2020; Tannenbaum et al., 2020).

Outras HSA do líder das equipes, associadas à compaixão e à empatia, ganharam maior importância e fizeram a diferença, quando aplicadas, para os integrantes das equipes que viviam

experiências emocionais limítrofes diariamente. A expressão de sentimentos de gratidão, a escuta ativa e o uso de palavras que denotavam proteção, cuidado e apoio aos profissionais de saúde, nesse momento desafiador, contribuíram para gerar um clima de confiança na equipe e melhorar a qualidade do trabalho realizado. Tannenbaum et al. (2020) trouxeram algumas recomendações, baseadas em pesquisas científicas associadas ao uso de HSA no trabalho em equipe em situações de crise, que podem ser úteis às lideranças nesse contexto e estão apresentadas na Figura 1.

Figura 1

Recomendações do Uso de HSA em Equipes de Saúde (Tannenbaum et al., 2020)



Essas HSA não são aplicáveis somente aos líderes de equipes de saúde, mas também aos demais agentes das organizações de trabalho, a partir de ações de suporte social aos funcionários e seus familiares (Mayo, 2020; Shanafelt et al., 2020).

A comunicação foi uma das habilidades socioafetivas que mais se modificaram ao longo da pandemia. O compartilhamento de informações ocorreu de forma veloz, sobretudo durante as fases

iniciais da propagação da covid-19, em que eram raros os estudos científicos com evidências robustas de tratamento eficaz da doença. Dessa forma, os profissionais precisaram aperfeiçoar a habilidade de comunicar diariamente os riscos e as incertezas de uma doença nova a pacientes, familiares e integrantes da sua equipe. Além disso, esses profissionais precisaram compartilhar informações, de forma acessível, a pessoas com diferentes condições sociais e econômicas, a fim de evitar propagação de conteúdos falsos e sem comprovação científica.

Os diálogos com pacientes e familiares também exigiram uma escuta mais ativa, assim como empatia e ação responsiva, sobretudo nos momentos de comunicação de perda de entes queridos. A frequência da comunicação de más notícias também cresceu, o que contribuiu para a potencialização de sintomas de ansiedade e a falta de confiança em uma gestão eficaz da pandemia pelos órgãos de governo. A tomada de decisão compartilhada na equipe, nesse contexto, também favoreceu o desdobramento de novos fatores estressores, visto que as decisões envolviam limitação de recursos (ex.: vagas de leitos de terapia intensiva e quantidade suficiente de respiradores) e podiam ser cruciais para garantir a sobrevivência de um paciente. Essas decisões mobilizam valores morais individuais, os quais, muitas vezes, são sobrepostos a uma escolha rápida e possível da equipe de trabalho (Rubinelli et al., 2020).

Além do conteúdo, a forma da comunicação estabelecida entre a tríade equipe de saúde-paciente-familiar também mudou, principalmente com o apoio das NTIC, a exemplo das videoconferências mediadas por dispositivos móveis. A comunicação virtual foi uma alternativa para o compartilhamento seguro de informações da equipe para os familiares, embora esse não seja um cenário tão rico e valioso como o de encontros presenciais, em que é possível visualizar, de forma mais detalhada, aspectos não verbais em momentos importantes na relação profissional-profissional, profissional-paciente e profissional-família, como a comunicação de um boletim médico. Os profissionais foram submetidos a novos desafios de comunicação, como a mediação de despedidas virtuais entre familiares e pacientes e as explicações sobre o porquê de o paciente não ter recebido determinado recurso escasso no hospital (Back et al., 2020).

Além da comunicação virtual de óbitos e de doenças graves, a interação entre profissionais de diferentes formações e especialidade também foi um desafio. O estudo de Nair et al. (2021) indicou dificuldades de comunicação virtual dos nefrologistas com as equipes interprofissionais de cuidado paliativo e intensivistas. De acordo com os autores, os profissionais que trabalham com cuidado paliativo são treinados especificamente em HSA de comunicação empática para fornecerem assistência crítica a médicos e famílias, porém, além de existir um número limitado desses profissionais, havia pouco diálogo interprofissional com os especialistas (Nair et al., 2021).

Foram relatadas, também, dificuldades de profissionais e familiares no manuseio de tecnologias de comunicação, o que contribuiu para o surgimento de sintomas de frustração, ansiedade e baixa autoeficácia, além da sobrecarga de trabalho para aquelas pessoas que manuseiam com mais facilidade essas ferramentas de comunicação e que necessitaram apoiar os demais colegas nesse tipo de atividade (Feder et al., 2020; Rose et al., 2021). Nesse sentido, a comunicação virtual possibilitou sentimentos positivos e negativos na equipe de trabalho e na relação com pacientes e familiares.

Treinamentos para profissionais que atuam em equipes interprofissionais durante a pandemia

Treinar pessoas durante uma crise pandêmica de saúde pública constitui-se um enorme desafio para a área de gestão de pessoas. Estudiosos, como Liang e Wang (2020), defendem que as crises são excelentes oportunidades de aprendizagem, sobretudo para estudantes e residentes da área de saúde. Kim e Ployhart (2014) relataram também que organizações de trabalho que investem no desenvolvimento dos seus funcionários conseguem superar mais facilmente momentos de crise do que organizações que não realizam esse investimento. Com base nesses argumentos científicos, qual seria então a melhor forma de treinar profissionais de saúde durante a pandemia da covid-19?

Apesar das chances reais de aumento e diversificação do repertório de competências técnicas e comportamentais, o profissional de saúde que vivencia a pandemia da covid-19 passa também por bruscas transformações na sua rotina laboral, que, muitas vezes, impossibilitam a participação, por exemplo, em um treinamento formal (Hunger & Schumann, 2020). Os

treinamentos *online* e realizados a distância ganharam força na atualidade, em função das medidas de distanciamento social durante a pandemia, sendo necessária a implantação de plataformas virtuais de aprendizagem de fácil acesso e manejo, que permitiram ao profissional, a distância e a partir de qualquer lugar com acesso à internet, consultar conteúdos e informações, bem como participar de debates, fórum e práticas simuladas relevantes para o enfrentamento da crise sanitária no cotidiano de trabalho (Chick et al., 2020; Zingaretti et al., 2020).

Treinamentos breves, focais e de curta duração, baseados em informações procedimentais associados a *checklists*, também foram alternativas de ações educacionais adotadas, sobretudo em programas de residência. Hunger e Schumann (2020) relataram a experiência de um treinamento com esse formato em unidades móveis de saúde, específicas para pacientes com covid-19, que contribuiu para melhorar a cooperação interprofissional e o fluxo de trabalho no local.

As habilidades necessárias a um trabalho colaborativo eficaz e eficiente de equipes interprofissionais, em circunstâncias normais, tornaram-se ainda mais relevantes durante o período de crise. Portanto, para que as instituições de assistência à saúde tenham equipes capacitadas para o trabalho colaborativo em equipes interprofissionais em momentos de crise, é preciso oferecer treinamentos em HSA continuamente, preparando-as para o enfrentamento de novas situações de crise sanitária (Khalili & Xyrichis, 2020).

O *TeamSTEPPS,* por exemplo, é um programa de capacitação que, devido às suas características, pode ser aplicado em momentos de crise, uma vez que propicia oportunidades de desenvolvimento contínuo de complexas habilidades exigidas pelo contexto dinâmico de equipes de trabalho em saúde, como comunicação, liderança, suporte mútuo e monitoramento das situações (Tannenbaum et al., 2020).

Educadores da área de saúde, pautados no pressuposto de que a aprendizagem pode ocorrer a qualquer momento e em qualquer lugar, aproveitaram a experiência pandêmica para identificar oportunidades valiosas de aprendizagem em contextos de residência em diversas áreas de saúde (Khalili & Xyrichis, 2020). Preceptores, diretores e docentes de programas de residência

adaptaram, de forma brusca e flexível, suas atividades de treinamento, desenvolvimento e educação (TD&E) durante a pandemia da covid-19, assim como rotinas de assistência ao paciente, reuniões de equipe, dentre outras tarefas cruciais à formação. Apesar do aumento significativo de pacientes em setores de emergência/pronto-socorro, as atividades de ensino presenciais realizadas com o residente, como as de beira-leito, por exemplo, não foram extintas, uma vez que são consideradas essenciais ao currículo de algumas residências em saúde (Chertoff et al., 2020; Pek et al., 2022; Stark et al., 2022).

No entanto, muitas outras atividades de formação, que ocorriam sob o formato presencial, foram adaptadas e migradas para a modalidade virtual, em virtude do cumprimento dos protocolos de segurança adotados na pandemia. Materiais didáticos também foram reconfigurados e disponibilizados em plataformas de ensino virtual, possibilitando aprendizagens autodirigidas e assíncronas. As avaliações de aprendizagem adotadas em programas de residência também passaram por adaptações, sobretudo avaliações somativas, a exemplo de exames anuais de treinamento para residentes que foram cancelados em alguns países no ano de 2020, afetando o tempo de conclusão do programa, assim como o cumprimento de prazos e requisitos mínimos para sua formação (Chick et al., 2020; Medeiros et al., 2021; Pek et al., 2022; Zingaretti et al., 2020).

A compreensão abrangente dos impactos da pandemia da covid-19 sobre as ações de EIP ofertadas a residentes em saúde propostas neste estudo é relevante, pois norteia futuros diagnósticos de necessidades de aprendizagem de habilidades necessárias ao profissional de saúde e possibilita restruturações valiosas nos eventos instrucionais previstos nos programas de residência em saúde (conteúdos, métodos instrucionais e instrumentos de avaliação).

Método

Foi realizada uma revisão integrativa de literatura, escolhida para este estudo por adotar uma abordagem metodológica flexível, que possibilita inclusão de trabalhos com diferentes delineamentos de pesquisa e combinação de conceitos e resultados contidos em estudos teóricos e empíricos (Hopia et al., 2016; Souza et al., 2010). Esse tipo de revisão parece ser mais adequado para

o alcance dos objetivos deste estudo, pois, diferentemente da revisão de literatura sistemática, a revisão integrativa de literatura reúne, de uma forma ordenada, os resultados obtidos em estudos independentes que abordam três grandes temas no cenário de saúde (EIP, covid-19 e HSA).

A primeira etapa da revisão foi formada pela elaboração de perguntas de pesquisa que propiciam o alcance dos objetivos deste estudo e a definição de palavras-chave, fontes e critérios de busca, seleção (inclusão e exclusão) e procedimentos de análise da produção de conhecimentos científicos sobre os temas pesquisados. A Tabela 1 apresenta alguns dos principais elementos norteadores desta revisão.

Tabela 1

Tema e Perguntas Norteadoras

Período investigado	2020-2022
Temas investigados	- Mudanças na estrutura e forma de trabalho das equipes multi e interprofissionais de saúde durante o contexto da pandemia da covid-19; - Demandas de aprendizagem geradas com a pandemia da covid-19; - Efeitos da pandemia da covid-19 nas intervenções educacionais de habilidades socioafetivas necessárias ao trabalho colaborativo de residentes em saúde.
Perguntas norteadoras	1- Quais são as principais mudanças na estrutura e na forma de trabalho das equipes multi e interprofissional em saúde durante a pandemia da covid-19? 2- Quais demandas de aprendizagem emergiram do trabalho de profissionais de saúde durante a pandemia de covid-19? 3- Como ocorreram os treinamentos e as ações educacionais durante a pandemia de covid-19 (método adotado e delineamento do estudo)? 4- Quais adaptações ocorreram nos programas de residência médica e multiprofissional?
Palavras-chave (inglês, português e espanhol)[3]	*Training*, *The novel coronavirus 2019 (SARS-CoV-2) Training, Interprofessional education, Teamwork Medical staff, Psychological effect, Healthcare workers, Residency, Medical education, Supportive care, COVID19 distress, Healthcare workers wellbeing.*
Fontes de buscas	Portal de Periódicos Capes; consulta manual na lista de referências dos artigos da *Journal Interprofessional Care* (2020-2022).
Critérios de inclusão	Artigos científicos completos; artigos revisados por pares; artigos publicados nos idiomas inglês, português ou espanhol; revisões de literatura, metanálise e estudos empíricos que apresentam conteúdos alinhados aos objetivos da revisão.
Critérios de exclusão	Artigos duplicados; artigos essencialmente teóricos; estudos empíricos realizados em contextos distintos ao de saúde;

[3] Foram também utilizadas as mesmas palavras-chave nos idiomas português e espanhol.

	intervenções educacionais aplicadas exclusivamente em estudantes de graduação em saúde; artigos que centravam somente em aprimoramento de habilidades técnicas de cuidado ao paciente, lacunas de conhecimento técnico do coronavírus, percepções de luto de familiares de paciente e estratégias de coleta de dados de pesquisa durante a pandemia.

A revisão de literatura abrangeu uma busca em 360 graus por artigos científicos, por meio da plataforma da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), publicados em periódicos científicos nas seguintes bases de dados: *BVS, Cochrane Library, CINAHL (EBSCO), Free Medical Journal, Google Schoolar, Medline Complete, Medline/PubMed, PubMed Cenntral, Proquest,Taylor and Francis Online, Oxford Journals, Pubmed Central, SAGE Open, Scielo Analytcs e Science Direct*. Além das bases de busca de periódicos, foram consultadas, de forma manual, as edições e listas de referências do *Journal of Interprofessional Care*, em virtude de esse ser um periódico de referência internacional em equipes interprofissionais na área de saúde.

O período de busca na literatura foi de 2020 a 2022. A temporalidade, o conteúdo e o idioma foram critérios iniciais nesta etapa para a seleção de artigos completos publicados em periódicos científicos e revisados por pares. Foram incluídos artigos científicos completos, revisados por pares, publicados nos idiomas inglês, português ou espanhol e que apresentavam intervenções educacionais (desenho e avaliação) realizadas com profissionais de saúde. Acrescentou-se mais dois critérios de inclusão: (i) intervenções educativas elaboradas em função da pandemia da covid-19 e (ii) intervenções educativas realizadas especificamente com residentes médicos e/ou multiprofissionais. Foram excluídos da revisão os artigos duplicados, que não foram realizados em contexto de saúde e que descreveram intervenções educacionais aplicadas exclusivamente a estudantes de graduação em saúde e antes do período pandêmico.

O processo de seleção das publicações científicas foi composto por duas etapas. Foram realizadas, inicialmente, a leitura parcial dos artigos pré-selecionados (títulos e resumos) e, em seguida, para uma triagem mais rigorosa, a leitura completa dos artigos por cinco integrantes de um grupo de pesquisa, incluindo a pesquisadora principal. A caracterização dos artigos selecionados foi

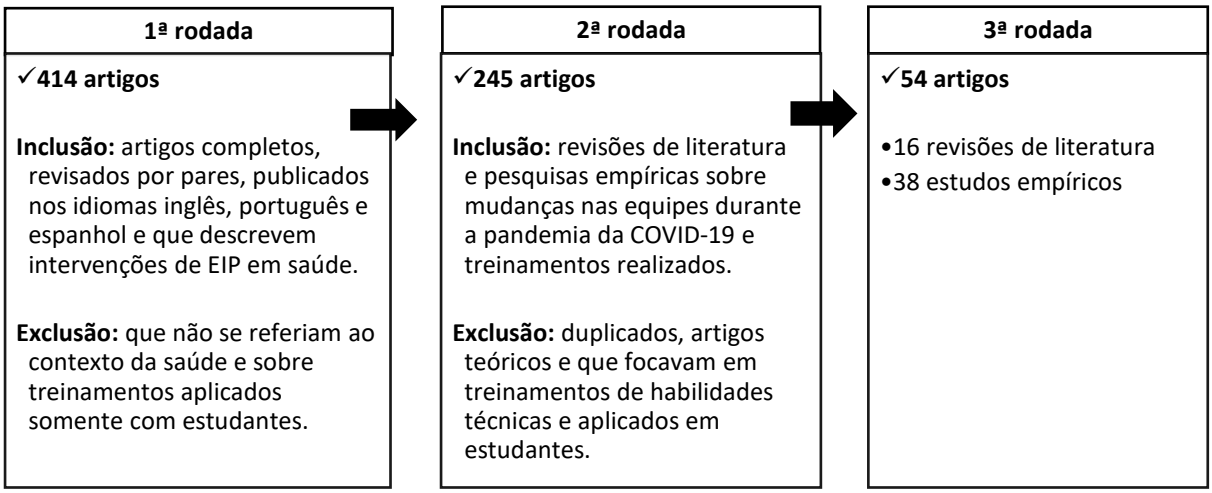
realizada por meio de uma planilha elaborada no *software Excel*, composta por 18 categorias: título do artigo, autores, ano de publicação, título do periódico pesquisado, país dos autores, país da pesquisa, tipo de artigo (empírico ou teórico), tema central, objetivo geral, delineamento da pesquisa, instrumentos e medidas, campo de pesquisa, participantes, coleta de dados, análise de dados, principais resultados, limitações e sugestões de pesquisas futuras.

Foram localizados 414 artigos nas bases de dados. Após a leitura dos resumos e consequente exclusão de artigos duplicados, essencialmente teóricos e com contextos de estudo distintos da área de saúde, foram selecionados, de forma preliminar, 65 artigos, sendo 25 revisões de literatura. Foram incluídos artigos que descreveram mudanças ocorridas na estrutura e dinâmica de trabalho das equipes de saúde durante a pandemia da covid-19, assim como aqueles que apresentaram treinamentos realizados com profissionais de saúde, incluindo residentes.

Após a leitura completa dos artigos, foram excluídos artigos que centravam somente em aprimoramento de habilidades técnicas de cuidado ao paciente, lacunas de conhecimento técnico do coronavírus, percepções de luto de familiares de paciente, estratégias de coleta de dados de pesquisa durante a pandemia e modificações no ensino em saúde de estudantes de graduação. Das 25 revisões de literatura identificadas na versão preliminar, foram selecionadas 16 que apresentavam ações de TD&E realizadas com profissionais de saúde durante a pandemia. Dessa forma, a revisão foi composta por 54 artigos selecionados (16 revisões de literatura e 38 artigos empíricos). A Figura 2 sintetiza o quantitativo de artigos selecionados em cada rodada de análise, bem os critérios de inclusão e exclusão adotados.

Figura 2

Seleção de artigos científicos da revisão integrativa de literatura



Resultados

Esta seção apresenta os resultados da produção científica sobre os efeitos da pandemia da covid-19 no trabalho colaborativo e nas intervenções educacionais realizadas com residentes em saúde. Incialmente, serão apresentadas as principais características metodológicas das revisões de literatura e dos artigos empíricos e, em seguida, uma síntese dos principais resultados do material científico incluído.

Características das revisões de literatura selecionadas

Das 16 revisões de literatura incluídas sobre treinamentos realizados durante a pandemia com profissionais de saúde, 9 (56,2%) abordaram estratégias educacionais implantadas em programas de residência de medicina (2 específicas da área cirúrgica, 1 da área dermatológica e 6 de diversas especialidades médicas). Somente 4 revisões (25%) foram elaboradas por autores filiados a instituições de ensino localizadas em países do Hemisfério Sul (Austrália, Brasil e África do Sul). As 16 revisões foram publicadas em 15 periódicos distintos, sendo 2 publicadas no periódico do Reino Unido *Medical Teacher*. Todas as revisões incluídas seguiram um rigor metodológico nos procedimentos de busca e inclusão de estudos.

Resultados da análise das revisões de literatura

A pandemia da covid-19 acentuou lacunas de aprendizagem associadas ao trabalho colaborativo, porém parece não ter sido suficiente para mobilizar ações de treinamentos de HSA

favoráveis a um trabalho colaborativo multi e interprofissional. As ações educacionais de caráter social e afetivo mencionadas nas revisões são voltadas, em sua maioria, para a promoção de bem-estar do profissional, resiliência e suporte psicológico, oferecido pelos líderes de equipe e pelas organizações de trabalho, por meio de espaços de acolhimento e escuta do profissional (Rieckert et al., 2021; Soklaridis et al., 2020).

O impacto da pandemia na saúde mental dos profissionais foi um dos elementos relatados por duas revisões (Rieckert et al., 2021; Soklaridis et al., 2020), em virtude dos sucessivos desafios gerados por uma rotina de trabalho inconstante e de intensa pressão emocional. Foram identificadas intervenções psicossociais associadas às técnicas de relaxamento, motivação e suporte psicológico para tolerar frustações decorrentes do momento pandêmico (Soklaridis et al., 2020) e treinamento de resiliência aliado a intervenções pontuais que gerem uma sensação de fortalecimento diante de condições adversas. Entre os conteúdos listados do treinamento de resiliência, estavam: compartilhamento adequado de informações entre os integrantes das equipes de saúde, estratégias de apoio psicossocial, monitoramento do estado de saúde dos profissionais, padronização de trabalho e definição de tarefas e responsabilidades na equipe, classificando o peso e a intensidade de cada tarefa conforme a capacidade de cada profissional (Rieckert et al., 2021).

As ações de apoio psicossocial ao profissional citadas na revisão de Soklaridis et al. (2020) foram inspiradas em planos de prevenção de agravos à saúde mental utilizados anteriormente no enfrentamento de cenários de crise, como o da epidemia do vírus Ebola. Soklaridis et al. (2020) indicaram, ainda, um predomínio de sessões de treinamento de curta duração, espaçadas ao longo do tempo, bem como com variabilidade no método instrucional, com uso de informação, demonstração e práticas interativas entre participante e facilitador. Os elementos culturais, oriundos de diferentes países, influenciam a elaboração e a adaptação do material instrucional, assim como a adesão dos profissionais ao treinamento. Alguns estudos relataram amostras reduzidas de participantes nas intervenções educacionais e atribuíram esse fato a uma diversidade de compreensão e valorização dos aspectos psicológicos e socioafetivos (Soklaridis et al. (2020).

Embora a literatura científica mencione a presença massiva de suporte social entre os integrantes das equipes de saúde durante o período pandêmico, ainda existem lacunas de HSA cruciais à prática colaborativa multiprofissional, como compartilhamento de informações com os integrantes da equipe, tomada de decisão em conjunto etc. Outra lacuna importante identificada foi a habilidade de atribuir papéis e responsabilidades a cada integrante da equipe. O uso dessa habilidade ficou ainda mais desafiador em meio à crise da covid-19, visto que, nesse período, houve um achatamento das hierarquias entre as profissões, além da alta inconsistência de pessoal e dos níveis distintos de especialização profissional. Dessa forma, um médico que atuava exclusivamente com procedimentos de alta complexidade passou a assumir tarefas mais operacionais e realizadas anteriormente por outro profissional da equipe, a exemplo da triagem de pacientes com ou sem sintomas da covid-19. O manejo de pacientes para a condição de pronação é um exemplo de tarefa que pode e deve ser realizada por diversas profissões da equipe, pois requer cautela e sincronicidade dos indivíduos envolvidos (Traylor et al., 2021).

Nesse sentido, novas regras foram surgindo na realidade das equipes, e tarefas adicionais passaram a ser realizadas com mais frequência e por diversas categorias profissionais, demandando habilidades de cooperação entre as pessoas, bem como comunicação flexível e sistêmica para gerenciamento dos novos e antigos acordos de trabalho. Profissionais que não utilizavam, com frequência, as HSA no trabalho colaborativo multiprofissional em suas equipes certamente tiveram mais dificuldade para atuar nesse novo cenário pandêmico.

A comunicação estabelecida entre equipe-paciente, equipe-equipe e equipe-familiares passou por adaptações importantes e foi um dos elementos investigados em muitas revisões de literatura. A restrição de visitas da família a unidades de terapia intensiva (UTI) durante a pandemia da covid-19 demandou adaptações severas na comunicação, constituindo-se um novo desafio para a equipe interprofissional em saúde (Traylor et al., 2021; Vizheh et al., 2020).

O uso das NTIC foi uma alternativa possível para o estabelecimento da comunicação entre diferentes públicos envolvidos no cuidado ao paciente, bem como para a participação em

intervenções educacionais (Dedeilia et al., 2020; Daniel et al., 2021). As ações de TD&E sofreram adaptações, sobretudo em seus desenhos e suas estratégias instrucionais, a fim de atender às novas demandas de aprendizagem geradas, assim como garantir a continuidade de programas de formação em saúde, a exemplo das residências. Treinar pessoas durante uma crise pandêmica na saúde pública constitui-se um desafio necessário para a área de gestão de pessoas e pode ser uma excelente oportunidade de aprendizagens, sobretudo para estudantes e residentes da área de saúde (Dedeilia et al. 2020).

Quais são os desenhos e métodos instrucionais que mais produzem efeitos positivos no indivíduo, nas equipes e nas organizações de trabalho? Quais as possibilidades de treinamentos surgiram durante a pandemia? Os treinamentos *online*, realizados a distância, foram apontados como uma alternativa viável para capacitar profissionais. Apesar dos relatos favoráveis ao ensino remoto, ainda são necessários estudos adicionais e realizados com maior rigor metodológico que comprovem a efetividade de cursos *online*, *podcasts* e mídias sociais sobre a aprendizagem de profissionais em períodos de crise, a exemplo dos residentes (Chasset et al., 2021; Gasque et al., 2021; Katz & Nandi, 2021; Seifman et al., 2022; Tolu et al., 2020).

Métodos que já eram utilizados antes da pandemia, a exemplo da aprendizagem baseada em problemas (PBL) e da interação em pequenos grupos, foram mantidos e adaptados ao contexto não presencial de ensino-aprendizagem. As revisões identificaram estratégias e recursos de ensino remoto alternativos durante a pandemia da covid-19 em programas de residência, como *softwares* de videoconferência e ambientes virtuais de aprendizagem que possibilitaram apresentação, discussão e simulação de casos clínicos, *webinars*, clubes de leitura, módulos de conteúdos técnicos, vinhetas clínicas, imagens de diagnóstico, *podcasts*, *blogs* e buscas *E-literature* (Chasset et al., 2021; Da Silva et al., 2021; Gasque et al., 2021; Gordon et al., 2020; James & Pattison, 2021; Katz & Nandi, 2021; Loh et al., 2021; Seifman et al., 2022; Tolu et al., 2020).

Algumas áreas de saúde foram mais sensíveis ao processo de migração das atividades presenciais para a modalidade *online*, pois o trabalho depende de observações diretas para

realização de procedimentos e diagnósticos precisos. Residentes em dermatologia, por exemplo, relataram dificuldades para atuar no modelo de teleconsulta, em virtude da baixa qualidade das imagens diagnósticas transmitida pelas plataformas de videoconferência (Loh et al., 2021).

Algumas revisões apontaram que a modalidade *online* utilizada no processo de aprendizagem estimulou alguns residentes a fazerem perguntas e a participarem com mais frequência por meio do uso de *chats* interativos nas plataformas virtuais (Chasset et al., 2021). Outra vantagem citada foi o aumento expressivo da criação de tecnologias digitais, tanto para diagnósticos imediatos quanto para qualificação profissional, a exemplo da impressora 3D, que contribuiu, por exemplo, na produção de *kits* cirúrgicos de treinamento (Novara et al., 2020).

Treinamentos baseados em simulação realística de baixa e alta fidelidade também foram realizados, na modalidade *online*, por meio de vídeos de treinamento e de *softwares* de realidade aumentada e, na modalidade presencial, em laboratórios com simuladores robóticos (Daniel et al., 2021; Vizheh et al., 2020). A realidade virtual pode ser útil e positiva em alguns casos, porém não abarca a realidade de algumas configurações de trabalho, a exemplo das equipes intactas. Durante uma crise, não foram recomendados treinamentos focados na aprendizagem direcionados a esse tipo equipe, uma vez que há alta rotatividade entre os profissionais nas diferentes equipes, entre outras dificuldades que a pandemia trouxe (Traylor et al., 2021).

Esse fato pode explicar, também, o baixo número de treinamentos identificados nas revisões que incluíram profissionais de mais de duas formações distintas em saúde. Foi identificado um predomínio de treinamentos com participantes da mesma categoria profissional, com exceção dos treinamentos realizados com residentes em cirurgia, os quais possibilitam a interação entre especialidades médicas e com técnicos de enfermagem e/ou radiologia.

Diante da alta rotatividade de pessoal nas equipes e da escassez do tempo livre dos profissionais de saúde, sobretudo aqueles que atuam na linha de frente da assistência ao paciente, foram realizadas ações de treinamento de curta duração e no próprio local de trabalho, sobre fluxos de trabalho da equipe e gerenciamento de tempo e recursos, com o apoio de listas de verificação

(*checklists*) para avaliar desempenhos aprendidos. Ações de suporte das lideranças e da organização às equipes de trabalho, tais como reformulação de políticas e processos laborais, atitudes de motivação, incentivo e proteção dos funcionários, também foram consideradas efetivas e agregaram o plano de TD&E possível e viável diante do contexto pandêmico (Vizheh et al., 2020).

Duas revisões indicaram que os estudos incluídos possuíam uma qualidade metodológica de baixa a moderada (Chasset et al., 2021; Dedeilia et al., 2020), com prevalência de pesquisas essencialmente descritivas com corte transversal, a exemplo de relatos de experiência de campo. As referidas revisões sinalizaram, ainda, que pesquisas futuras sobre treinamentos devem adotar delineamentos robustos, como os experimentais (com grupo controle e designação aleatória de sujeitos), e medidas objetivas de avaliação dos efeitos dos eventos instrucionais.

A revisão de Ali et al. (2021) foi uma das exceções, visto que conseguiu reunir estudos experimentais sobre treinamentos de ressuscitação cardiorrespiratória em modalidades distintas (presencial/*online*) e reforçou que o ensino *online* de habilidades psicomotoras pode ser uma alternativa eficaz (Chasset et al., 2021; Dedeilia et al., 2020; Daniel et al., 2021; Khurshid et al., 2020; Rieckert et al., 2021; Tolu et al., 2020). A implantação de intervenções educacionais, mediadas por tecnologia, também foi sensível ao contexto socioeconômico de alguns países, os quais não possuíam recursos suficientes para adquirir, de forma imediata, tecnologias de ponta para o ensino em residências, a exemplo dos robôs que viabilizam simulações de alta fidelidade de cirurgias e procedimentos (Nagdee et al., 2022).

Em virtude da migração de grande parte das atividades educacionais para a modalidade *online* durante a experiência pandêmica, os instrumentos utilizados, por exemplo, em avaliações de treinamento, mantiveram-se em formato digital. Notou-se um predomínio, também, do uso de listas de verificação e *surveys,* com questões objetivas e poucos itens, a fim de viabilizar o preenchimento ágil pelos participantes. Os *surveys* também foram aplicados com o objetivo de avaliar a aquisição de conhecimento técnicos, a modificação de atitudes e comportamentos, assim como a percepção de residentes acerca do ensino remoto (Gordon et al., 2020; Khurshid et al., 2020).

Nos programas de residência, foram mencionadas outras formas de avaliação, a exemplo de apresentação e discussão de casos clínicos com apoio de listas de verificação preenchidas por professores e pelos próprios residentes. O ensino de procedimentos cirúrgicos de forma remota, por meio de robôs, já era adotado antes da pandemia, e a forma de avaliação era por meio de observação direta.

Estudos longitudinais também foram relatados com menos frequência, e um dos motivos para isso foi a alta rotatividade de profissionais nas mesmas equipes e nos setores de trabalho. Diante dessa alta dispersão de sujeitos de pesquisa, foi observada uma prevalência de estudos de coorte transversal com aplicação de medidas em um único momento no tempo. O acompanhamento de indicadores assistenciais, já adotado em alguns setores assistenciais, foi uma alternativa em alguns estudos longitudinais (Chasset et al., 2021; Dedeilia et al., 2020; Daniel et al., 2021; Rieckert et al., 2021; Tolu et al., 2020).

Estudos empíricos sugeriram pesquisas futuras que avaliem, de forma sistemática, os efeitos das tecnologias de ensino sobre os profissionais de saúde, pois algumas soluções tecnológicas ainda estavam em fase de desenvolvimento durante a pandemia, quando foram aplicadas (Bezerra et al., 2021). A instabilidade e a alta rotatividade dos profissionais nas equipes dificultaram também a coleta de dados, por meio de observações diretas e por pesquisadores externos, acerca da dinâmica do trabalho colaborativo realizado por essas equipes durante a pandemia, contribuindo para um predomínio de pesquisas perceptuais e de autorrelatos dos profissionais (Traylor et al., 2021).

Notou-se, também, um predomínio de pesquisas realizadas em hospitais universitários e em áreas específicas, como cirurgia, urologia, radiologia e otorrinolaringologia. Esse fato pode ser justificado pela dificuldade de realização de pesquisas em áreas mais críticas durante a pandemia (ex.: emergência e UTI). O cancelamento de alguns procedimentos cirúrgicos nas residências pode ter estimulado, também, novas possibilidades de ensino em algumas áreas específicas de saúde, assim como maior disponibilidade de tempo para participar das pesquisas (Daniel et al., 2021; Tolu et al., 2020).

Características dos estudos empíricos

Dos 38 estudos empíricos incluídos nesta revisão, 11 artigos (28,9%) foram publicados em revistas nacionais e de língua portuguesa, enquanto 27 (71,0%) foram publicados em periódicos internacionais de língua inglesa ou espanhola. Foram identificados 34 periódicos diferentes, sendo 80% exclusivamente da área de saúde (ensino em saúde, educação interprofissional e avaliação de intervenções) e os demais periódicos, 20%, de áreas de conhecimento associadas à psicologia, educação e sociedade. O periódico que mais registrou publicações sobre a temática foi o *Journal of Surgical Education* (3 artigos – 7,89%), seguido da Revista Eletrônica Acervo Saúde (2 artigos – 5,26%) e do *Journal of Clinical Urology* (2 artigos – 5,26%).

O país que mais registrou pesquisas empíricas foi Estados Unidos (15 artigos – 39,4%). Além desse, mais 9 países, Alemanha, Brasil, Canadá, Chile, Espanha, Itália, Portugal, Reino Unido e Singapura, realizaram pesquisas empíricas sobre mudanças na forma de trabalho das equipes interprofissionais ocasionadas pela covid-19, assim como nos programas de residência em saúde.

Quanto à temática desses artigos, verificou-se que: 19 (50%) descrevem processos de capacitação adotados na pandemia e adaptações ocorridas nos programas educacionais de residências em saúde, 12 (31,57%) apresentam relatos de experiência de práticas interprofissionais ou colaborativas adotadas por profissionais de saúde durante a pandemia da covid-19 e 7 (18,4%) descrevem processos de avaliação dos efeitos dos treinamentos aplicados a profissionais de saúde durante a experiência pandêmica, como a melhoria de habilidades técnicas e procedimentais e o aumento da resiliência e do suporte social no trabalho. Quanto ao delineamento da pesquisa, 19 artigos (50%) são estudos descritivos exploratórios, 15 (39,4%) são estudos transversais com aplicação de *survey,* 2 (5,2%) são estudos longitudinais com avaliações em pelo menos dois momentos no tempo, 1 (2,6%) é experimental/randomizado com grupo controle e 1 (2,6%) é correlacional transversal.

Quanto ao local da realização das pesquisas, a grande maioria delas (34 artigos, 89,4%) foi realizada em diversos setores hospitalares (sem especificação), 1 (2,2%) foi realizada em uma

unidade de pronto atendimento (UPA), 1 (2,2%) em um serviço médico da Força Aérea, 1 (2,2%) em uma sociedade de médicos de urologia e 1 (2,2%) na *Global Network for Interprofessional Education and Collaborative Practice Research*. Quanto ao tipo de participante, 29 pesquisas (76,3%) foram realizadas com residentes em saúde (oncologia, cirurgia, urologia, pediatria, radiologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, neurocirurgia, medicina da família, enfermagem emergencista, enfermagem com foco em saúde mental, enfermagem intensivista e serviço social), 5 (13,1%) com profissionais de diversas formações em saúde, 2 (5,2%) com apenas enfermeiros (as) e 2 (5,2%) com apenas médicos (as).

A Tabela 2 apresenta 19 estudos empíricos que relatam intervenções educacionais em residências médicas durante da pandemia. Os estudos empíricos realizados com residentes não médicos durante a pandemia não descreveram de forma detalhada as intervenções de treinamento adotadas, mas sim adaptações realizadas em serviço para proteger o residente da contaminação, a exemplo dos rodízios e das ações pontuais técnicas.

Tabela 2

Estudos Empíricos sobre Ações Educacionais Desenvolvidas nos Programas de Residência Durante a Pandemia da Covid-19

Nº	Autor/Ano	País	Estratégias e recursos de ensino	Profissão	Área
1	Agarwal et al. (2020)	Estados Unidos	Plataforma de aprendizagem com palestras e atividades didáticas gravadas (*Webex*); clube de leituras técnicas com apresentações quinzenais.	Médico	Neurologia
2	Bernardi et al. (2020)	Itália	*Softwares* de videoconferência para reuniões multidisciplinares; plataforma *e-learning*; simulações cirúrgicas virtuais com uso de vídeo; *webinars.*	Médico	Cirurgia
3	Chick et al. (2020)	Estados Unidos	*Softwares* de videoconferência; grupo fechado no *Facebook* intitulado "ABSITE Daily"; modelo de sala de aula virtual invertida; uso de casos práticos *online* para discussão e simulação; uso de vídeos cirúrgicos; conferências acadêmicas *online*; clínicas de telessaúde.	Médico	Cirurgia
4	Crosby e Sharma (2020)	Estados Unidos	Sessões didáticas; módulos de treinamento *online*; prática em laboratórios de simulação.	Médico	Otorrinolaringologia
5	Fonseka et al. (2020)	Reino Unido	Plataformas *online* para fornecer uma atividade educacional para cada dia da semana; clube de leitura virtual e discussões sobre atualizações da *American Urological Association*; palestra virtual com convidados externos; modelos de simulação com caixas de treinamento de fidelidade inferior para aprimoramento de habilidades técnicas e procedimentais.	Médico	Urologia
6	Kwon et al. (2020)	Estados Unidos	Visitas virtuais; teleconsultas via plataformas virtuais; simulação com robótica (alta fidelidade); simulação de baixa fidelidade com utensílios domésticos; revisão de vídeos cirúrgicos para discutir técnicas; palestras virtuais nas mídias sociais; fóruns de compartilhamento de emoções e preocupações; plataforma de aconselhamento sobre como os residentes podem enfrentar um momento de pandemia.	Médico	Urologia

Nº	Autor/Ano	País	Estratégias e recursos de ensino	Profissão	Área
7	Hau et al. (2020)	Alemanha	Modalidades de *e-learning* e *blended learning*; palestras e conferências *online* (síncronas e assíncronas); discussão de casos cirúrgicos (por meio do *Zoom* e *Skype*); *w*ebinars e *podcasts*; didática virtual semanal; uso de ferramentas de aprendizagem *online* (*Flipped* conceitos de sala de aula); simulação cirúrgica *online* baseada em plataformas virtuais (pacientes virtuais, atlas de anatomia, questionários de diagnóstico, rodadas de visitas virtuais, cursos de fisiologia e patologia etc.); redes sociais (*Twitter*); aprendizagem autônoma (livros didáticos, descritos de forma virtual, e módulos educacionais); educação baseada em vídeo operatório (vídeos instrutivos de propriedades cirúrgicas, videoteca *online* de Colégio Americano de Cirurgiões e *Deutsche Gesellschaft für Chirurgie* (por meio do *YouTube* e *WebSurg*); educação baseada em plataformas cirúrgicas (JOMI, Esquadrão Cirúrgico etc.); sala de operação virtual; *bootcamps* virtuais de simulações e salas de aula cirúrgicas *online*; educação baseada em simulação cirúrgica (treinamento de caixa laparoscópica, realidade virtual e treinamento em simulador); modelos de simulação cirúrgica caseira; videojogos.	Médico	Cirurgia oncológica
8	Navia et al. (2020)	Chile	Treinamentos anatômicos e cirúrgicos com simuladores; *webinar* semanal no *Zoom*; *kit* portátil de microcirurgia; desenvolvimento de projetos de pesquisa individuais.	Médico	Cirurgia plástica
9	Okland et al. (2020)	Estados Unidos	Simulações com o *Kit* Cirúrgico de Hematoma Auricular feitos em impressoras 3D.	Médico	Cirurgia Otorrinolaringológica
10	Rosen et al. (2020)	Estados Unidos	Encontros para discussão clínica em *softwares* de videoconferência; atendimentos virtuais; palestras e conferências *online*; didática em grupos pequenos; aprendizagem baseado em vídeos.	Médico	Urologia
11	Zingaretti et al. (2020)	Itália	Realidade virtual e aumentada; *webinars*.	Médico	Cirurgia plástica

Nº	Autor/Ano	País	Estratégias e recursos de ensino	Profissão	Área
12	Aziz et al. (2021)	Estados Unidos	Uso de *softwares* de videoconferência; plataformas virtuais de aprendizagem; telemedicina.	Médico	Cirurgia
13	Costa e Filho (2021)	Brasil	Plataforma virtuais de aprendizagem; *softwares* de videoconferência.	Médico	Medicina da família e comunidade
14	Hoegger et al. (2021)	Estados Unidos	*Softwares* de videoconferência.	Médico	Radiologia
15	Larocque et al. (2021)	Estados Unidos	*Softwares* de videoconferência para discussão de casos; conferências interdisciplinares *online.*	Médico	Radiologia
16	Pelargos et al. (2021)	Estados Unidos e Canadá	Palestras didáticas *online*; *webinars*; conferências virtuais nacionais e internacionais; grandes rondas *online*; visita virtual.	Médico	Cirurgia neurológica
17	Westerman et al. (2021)	Estados Unidos	Videoconsultas; televisitas; uso de plataformas de telesaúde (clínicas virtuais); clubes de leitura, painéis de tumores e *rounds* por meio de plataformas virtuais; didática semanal; palestras e painéis interinstitucionais em vídeo; cirurgias robóticas;	Médico	Oncologia e urologia
18	Pek et al. (2022)	Singapura	Plataformas virtuais de aprendizagem; gravações de áudio ou vídeo; *webcasting* e salas de bate-papo *online*; material de consulta no MedEdPORTAL.	Médico	Emergência
19	Stark et al. (2022)	Estados Unidos	Simulações virtuais; elaboração de imagem mental; gamificação; uso de plataformas de ensino virtual; *lives* e palestras *online*; uso de ferramentas de engajamento síncrono (ex.: Karrout e Slack); discussão em grupos pequenos; plataformas para divulgação de informações clínicas.	Médico	Emergência

Dos 19 estudos listados na Tabela 2, 12 (63,1%) foram realizados nos Estados Unidos e somente 2 (10,5%) em países do Hemisfério Sul. As pesquisas foram realizadas em residências médicas de oito especialidades diferentes (urologia, radiologia, emergência, oncologia, medicina da família e comunidade, cirurgia geral, cirurgia plástica, cirurgia otorrinolaringológica e cirurgia neurológica). As plataformas virtuais e os *softwares* de videoconferência foram mencionados em todos os estudos, enquanto a simulação mediada por robôs e o uso de aplicativos de realidade aumentada foram mencionadas por áreas específicas, em sua maioria, cirúrgicas.

Os 19 estudos empíricos relataram estratégias de ensino adotadas durante a pandemia em residências médicas. Os residentes médicos, nas suas mais diversas especialidades, não são treinados com outros profissionais da equipe multiprofissional, havendo, no máximo, uma interação com outras especialidades da categoria médica e técnicos em enfermagem e/ou radiologia. Não foram identificados estudos sobre intervenções de treinamento com residentes de unidades de terapia intensiva e unidades de internação. Os referidos estudos mostraram, também, ações educacionais mais direcionadas ao aprimoramento de habilidades técnicas e procedimentais do que de HSA. As intervenções educacionais associadas às HSA eram direcionadas à promoção do bem-estar psicológico dos profissionais (Navia et al., 2020; Rosen et al., 2020).

Foram observadas perdas na aprendizagem dos residentes, apesar dos recursos alternativos de ensino mediados por tecnologias avançadas, a exemplo dos simuladores de alta fidelidade (robôs). Segundo preceptores e residentes, o cenário de ensino virtual complementa, mas não substitui as oportunidades de treinamento prático e real de procedimentos críticos, como os cirúrgicos. Uma das vantagens do uso de plataformas virtuais de aprendizagem foi a viabilidade de comunicação em rede entre residentes e profissionais localizados em diferentes espaços geográficos. Alguns estudos citaram a elaboração de grupos restritos em redes sociais como um tipo de estratégia de suporte entre residentes no compartilhamento de dúvidas e informações (Hau et al., 2020; Stark et al., 2022).

Algumas especialidades médicas, como urologia, oncologia e neurologia, tiveram mais facilidade de adaptação ao ambiente de ensino virtual, pois já utilizavam com frequência essa modalidade educacional antes da pandemia. Os residentes dessas especialidades estavam habituados ao manuseio de plataformas e aplicativos de realidade virtual e aumentada, em treinamentos práticos e cirurgias reais, com o apoio de simuladores de alta fidelidade. Os estudos mostraram, de uma forma geral, que os programas de residência ofertaram oportunidades de aprendizagem diversificadas e qualificadas para que residentes pudessem atuar com segurança durante a pandemia da covid-19 (Hau et al., 2020; Kwon et al., 2020; Pelargos et al., 2020; Westerman et al., 2021).

Os ambientes virtuais de aprendizagem armazenam e tornam acessíveis diversos recursos e materiais de ensino, como textos, vídeos, palestras e conferências nacionais e internacionais gravadas. Esses recursos são utilizados de modo integrado com atividades *online* assíncronas e síncronas, mediadas por tecnologias educacionais de videoconferência, por meio dos quais é possível discutir casos, acompanhar visitas, realizar diagnósticos, participar ativamente de *round*s clínicos e atender pacientes no formato de teleconsulta. Além do cenário virtual de aprendizagem, alguns residentes conseguiram aperfeiçoar suas habilidades motoras individuais em suas próprias casas, por meio de *kits* contendo materiais específicos, desenvolvidos em impressoras 3D, que oportunizavam o treinamento de procedimentos clínicos (Navia et al., 2020; Okland et al., 2020).

Discussão

Esta revisão analisou a produção científica sobre os efeitos da pandemia da covid-19 no trabalho colaborativo das equipes multi e interprofissionais em saúde e nas ações educacionais realizadas em programas de residência. As quatros perguntas norteadoras foram respondidas pelas revisões de literatura e pelos estudos empíricos incluídos do presente trabalho.

Em resposta à pergunta 1 (Quais foram as principais mudanças na estrutura e na forma de trabalho das equipes multi e interprofissional em saúde durante a pandemia da covid-19?), os resultados indicam adaptações relevantes realizadas no trabalho, sobretudo por conta da alta

rotatividade de pessoal entre as diferentes equipes, unidades e departamentos, gerada pelo aumento da demanda de atendimento e de internações. Foi observado, também, achatamento de hierarquias de categorias profissionais, bem como redução de equipes intactas, uso de NTIC nas interações com pacientes e familiares e redefinições frequentes de papéis e responsabilidades entre os integrantes das equipes (Mayo, 2020; Tannenbaum et al., 2020; Traylor et al., 2021).

As mudanças constantes nos acordos de trabalho das equipes, combinadas ao medo da contaminação e às incertezas sobre o tratamento da covid-19, impulsionaram um alto nível de estresse nos profissionais, podendo evoluir para enfermidades psicológicas graves, como *burnout,* depressão e ansiedade (Fernandez et al., 2020; Prado et al., 2020; Rieckert et al., 2021; Traylor et al., 2021; Vizheh et al., 2020).

Diante das mudanças e adaptações realizadas na forma de trabalho das equipes, foram identificadas algumas dificuldades relacionadas à prática colaborativa multi e interprofissional, as quais já haviam sido identificadas antes do período pandêmico. Dessa forma, em resposta à pergunta 2 (Quais demandas de aprendizagem foram observadas nos profissionais de saúde durante a pandemia de covid-19?), os resultados dos estudos mostraram lacunas em habilidades de comunicação interprofissional, divisão de tarefas e responsabilidades e tomada de decisão colaborativa sobre a assistência ao paciente. A pandemia sinalizou que o cuidado seguro e qualificado de pacientes que possuem condições clínicas complexas (ex.: covid-19) demanda o uso consistente de HSA, entre as quais está a comunicação entre profissionais de diferentes formações e especialidades (Back et al., 2020; Nair et al., 2021).

A comunicação mediada por NTIC foi parcialmente indicada como demanda de aprendizagem, uma vez que profissionais de saúde de áreas específicas já utilizavam, com frequência, essas tecnologias antes da pandemia, em comunicações sobre o paciente e em intervenções educacionais (Tannenbaum et al., 2020; Traylor et al., 2021). Não foram identificados, entretanto, estudos que avaliam, com profundidade e sistematicidade, essas lacunas de aprendizagem. Os estudos empíricos, em sua maioria, descreveram experiências e percepções dos

profissionais sobre as principais dificuldades enfrentadas naquele período, focando essencialmente nas suas causas (rápidas mudanças na forma de trabalho das equipes) (Mayo, 2020) e consequências (alto nível de estresse, medo, inseguranças e agravamento de enfermidades psicológicas) (Shanafelt et al., 2020; Soklaridis et al., 2020).

Os estudos apontaram, também, um aumento significativo de habilidades de suporte social e relacionadas à empatia e à resiliência (Belarmino et al., 2020; Fonseka et al., 2020). O apoio de colegas de equipe na retirada de uniforme e equipamentos de proteção individual, por exemplo, cresceu. Entretanto, a adoção dessa habilidade foi praticamente mandatória em virtude das possibilidades de contaminação. Os estudos mencionaram que as lideranças tiveram um papel fundamental nas ações de suporte aos integrantes da equipe e estímulo à resiliência e à expressão de habilidades de trabalho colaborativo em equipe (Shanafelt et al., 2020; Tannenbaum et al., 2020).

As HSA mencionadas nas revisões e nos estudos empíricos foram descritas de forma generalista e focadas, em sua maioria, no bem-estar psicológico do profissional, na resiliência, na motivação (Rieckert et al., 2021; Soklaridis et al., 2020; Vizheh et al., 2020), na comunicação com paciente e familiar (Gasque et al., 2021; Rubinelli et al., 2020), na consciência situacional, na liderança e no gerenciamento de tarefas (Tannenbaum et al., 2020), enquanto as habilidades técnicas estiveram focadas na execução de procedimentos assistenciais (exemplos: manobra de pronação de paciente acamado e ressuscitação cardiorrespiratória) e no seu tempo de execução (Ali et al., 2021; Da Guirra et al., 2020)

Em resposta à pergunta 3 (Como ocorreram os treinamentos e as ações educacionais durante a pandemia de covid-19?), os estudos mostraram que os eventos instrucionais trabalharam conteúdos voltados ao aprimoramento e à adaptação dos fluxos de trabalho e das orientações acerca de tratamento da covid-19 e medidas de proteção e contenção do vírus. As ações de treinamento destinadas ao aprimoramento de HSA eram predominantemente voltadas ao bem-estar psicológico do profissional e estavam aliadas a espaços de escuta e suporte psicossocial (Brooks et al., 2020; Liang & Wang, 2020; Rosen et al., 2020; Navia et al., 2020; Vizheh et al., 2020).

Os treinamentos eram predominantemente de curta duração, realizados em serviço ou mediados por tecnologias virtuais de ensino.

Não foram identificadas, nos estudos incluídos neste trabalho, informações sobre a realização de análises de necessidade de treinamentos no contexto de pandemia. Porém, de acordo com a descrição das intervenções, esses diagnósticos eram realizados sob demanda emergencial e em cumprimento a legislações impostas pela área de saúde. Dessa forma, os treinamentos e protocolos eram rapidamente aplicados e disseminados no contexto de trabalho, com o apoio de materiais instrucionais simples, como roteiros de instruções e *checklists* (Hunger & Schumann, 2020).

Em resposta à pergunta 4 (Quais adaptações ocorreram nos programas de residência médica e não médica?), os estudos realizados em programas de residência relataram necessidade de adaptações curriculares importantes diante das medidas de distanciamento social e de escolha de alternativas a atividades presenciais, como as rondas e alguns procedimentos clínicos, que foram canceladas durante o período de distanciamento social. A migração das atividades presenciais para o ambiente virtual, mediado por *softwares* de videoconferência e plataformas de aprendizagem, permitiu o ensino de competências previstas nos currículos dos programas de residência durante a crise sanitária da pandemia. Porém, pouco se sabe sobre impactos das medidas de distanciamento social sobre a formação de residentes de saúde (Da Silva et al., 2021; Dedeilia et al., 2020; Loh et al., 2021; Tolu et al., 2020).

Nesse sentido, os estudos mostram que o desempenho e a saúde mental dos profissionais que integram as equipes de saúde são sensíveis a mudanças bruscas desencadeadas por crises de saúde pública, como as epidemias e pandemias. Além disso, essas pesquisas mostram que os profissionais, incluindo residentes médicos e não médicos, nem sempre estão devidamente capacitados para atuar colaborativamente em situações de crise. Esses resultados reforçam a necessidade de treinamentos contínuos que simulem a expressão de HSA no trabalho colaborativo realizado em circunstâncias de pressão, uma vez que essas habilidades são consideradas preditores

valiosos da saúde mental (Moscon et al., 2021; WHO, 1999). As HSA de suporte social (dar e receber), afloradas intensamente durante a pandemia, por serem consideradas cruciais ao trabalho colaborativo multi e interprofissional, precisam ser incluídas nos programas de formação profissional e nos planos de contingência pelos gestores e educadores em saúde (Khalili & Xyrichis, 2020; Lackie et al., 2020).

Considerações finais

A presente revisão reuniu estudos científicos que indicaram um despreparo dos profissionais de saúde para a atuação colaborativa em equipes multi e interprofissionais, sobretudo em circunstâncias de crise, como a pandemia da covid-19. Dessa forma, os resultados alertam educadores, planejadores instrucionais e gestores em saúde para lacunas de aprendizagem importantes que podem impactar a qualidade e segurança da assistência prestada ao paciente.

As estratégias de ensino virtual, mediadas por tecnologias inovadoras, adotadas pelos programas de residência, mostraram-se adequadas para treinar diversas habilidades técnicas e não técnicas durante a pandemia, bem como viabilizar comunicação, integração e suporte entre profissionais dispersos em diferentes regiões geográficas. No entanto, são necessárias mais pesquisas que avaliem a efetividade dessas intervenções educativas em diferentes áreas e programas de residência, uma vez que há um predomínio de estudos realizados com residentes de medicina, sobretudo de cirurgia. Esta revisão não esgota a investigação sobre EIP de HSA em programas de residência e aponta direcionamentos científicos importantes sobre demandas de aprendizagem e possibilidades de ensino em saúde.

Manuscrito 3: Necessidades de aprendizagem de habilidades socioafetivas em equipes de residência em saúde

Resumo

Este estudo avaliou necessidades de aprendizagem de habilidades socioafetivas (HSA) em uma amostra de residentes médicos e não médicos. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório. Foram realizadas 15 entrevistas semiestruturadas com preceptores e residentes de um hospital universitário brasileiro. Foram apresentados aos (às) entrevistados (as) cinco tipos de HSA sugeridas pela literatura científica como necessárias no trabalho colaborativo em saúde. Os (as) entrevistados (as) foram orientados a escolher a HSA mais importante ao desenvolvimento profissional do residente, justificando a escolha com exemplos de situações reais de trabalho. O conteúdo das entrevistas foi transcrito literalmente e avaliado por cinco pesquisadores, que extraíram incidentes críticos de HSA, inicialmente, de forma individual, e, em seguida, por meio de um consenso. As necessidades de aprendizagem mais frequentemente relatadas estão relacionadas à compreensão de papéis e responsabilidades dos integrantes da equipe, ao diálogo sobre situações e condutas relativas ao paciente e à tomada de decisão conjunta. De acordo com os (as) entrevistados (as), o uso dessas habilidades favorece o trabalho colaborativo multiprofissional, o relacionamento interpessoal entre os integrantes da equipe e a melhoria dos resultados assistenciais. Este diagnóstico possibilita a elaboração de treinamentos de HSA para residentes e de testes de julgamento situacional, baseados nos incidentes críticos extraídos de cenários reais de formação e prática profissional.

Palavras-chave**:** necessidades de aprendizagem, habilidades socioafetivas, técnica de incidentes críticos, residentes, educação interprofissional.

Introdução

O programa de residência em saúde possui o formato de curso de pós-graduação *lato sensu* e oferece ao profissional uma oportunidade de aprendizagem prática e intensiva, realizada em serviço, mediante acompanhamento e supervisão técnica. A residência multiprofissional, ou não

médica, tem o objetivo de formar profissionais de diferentes formações acadêmicas com uma visão integrada sobre o cuidado e a segurança do paciente (Casanova et al., 2015; Silva et al., 2018).

A residência é um valioso campo de prática interprofissional e de aprimoramento de habilidades socioafetivas (HSA) que favorecem o trabalho colaborativo e a qualidade da atenção ao paciente. A educação realizada em cenários de prática possibilita restruturações imediatas em algumas rotinas de trabalho e fortalece a percepção compartilhada dos profissionais sobre o trabalho realizado em equipe (Abbad, Gaspar, & Nascimento, 2020; Allen et al., 2022; Garth et al., 2018). A aprendizagem de HSA no ambiente de residência contribui, também, para aperfeiçoar componentes da inteligência emocional dos profissionais (Abbasi et al., 2018) e mitigar níveis de estresse e doenças psicológicas, como o *burnout* (Pereira-Lima & Loureiro, 2017).

Os residentes que ingressam em programas de residência imediatamente após a finalização do curso de graduação mostram lacunas importantes em habilidades socioafetivas (HSA), sobretudo na interação com profissionais de outras formações acadêmicas, possivelmente devido à escassez de oportunidades de aprendizagem dessas habilidades durante a graduação (Allen et al., 2022; Brown et al., 2016). O desenvolvimento de habilidades não técnicas pode ser acelerado durante os anos de residência, em virtude da presença multiprofissional massiva e constante, que possibilita discussões clínicas, resolução de problemas e tomada de decisão em conjunto (Allen et al., 2022; Garth et al., 2018; Horwitz et al,.2007; Keshmiri et al., 2022; Yang & Kim, 2022).

A comunicação deficiente entre profissionais de saúde ainda é considerada uma das principais causas dos eventos indesejáveis associados ao cuidado e à segurança do paciente (The Joint Commission, 2015). Esse fato reforça a necessidade de ações de educação interprofissional e de uma compreensão profunda acerca das interações socioafetivas estabelecidas pelos profissionais que integram as equipes de trabalho em saúde (Forbes et al., 2020; Keshmiri et al., 2022; Mata et al., 2021; Miles et al., 2021; Yang & Kim, 2022). Há estudos que abordam treinamentos, baseados em metodologias ativas de aprendizagem, direcionados à melhoria da comunicação dos residentes com pacientes e familiares (Barbosa et al., 2019; Johnson & Panagioti,

2018. Porém, é relevante, também, o investimento em ações educativas que aprimorem HSA entre profissionais de saúde de distintas formações e especialidades (Forbes et al., 2020).

A pandemia do coronavírus evidenciou importantes lacunas na formação do profissional de saúde, sobretudo associadas às HSA, que favorecem o trabalho colaborativo interprofissional. Durante essa pandemia, o trabalho de profissionais de saúde tornou-se ainda mais complexo e desafiador, devido às bruscas mudanças no desenho do trabalho, marcadas pelo achatamento de hierarquias entre profissões, pela necessidade de coordenação de novos papéis e fronteiras de atuação, bem como pelo surgimento de diferentes processos socioafetivos inerentes às circunstâncias de pressão intensa e contínua decorrentes da crise sanitária (Traylor et al., 2021).

Com base neste contexto, como estão sendo identificadas essas lacunas de aprendizagem dos profissionais? A ausência de uma análise de necessidades de treinamento (ANT) sistemática pode afetar negativamente o planejamento de soluções de educação interprofissional em contextos de residências em saúde. A ANT consiste em uma etapa crucial no sistema instrucional, que permite o mapeamento de necessidades de aprendizagem em diferentes níveis (individual, equipe e organizacional) e subsidia decisões relacionadas aos objetivos da ação instrucional e elementos do planejamento, a exemplo da definição de conteúdo, escolha de recursos instrucionais e estratégias de implementação do treinamento, etc (Aguinis & Krauger, 2009, Bell et al., 2017). A ANT é também uma importante variável preditora da eficácia de treinamentos nos níveis de aprendizagem, transferência e resultados organizacionais (Abbad, Nascimento, & Gaspar, 2020; Bell et al., 2017; Borges-Andrade, 2006), porém são necessários mais estudos na literatura (teóricos e empíricos) que abordem a ANT de uma forma estruturada e vinculada às etapas de planejamento instrucional e avaliação do treinamento (Abbad & Mourão, 2012; Aguinis & Kraiger, 2009; Bell et al., 2017).

A abordagem de ANT predominantemente observada em estudos internacionais é a O-T-P (organização, tarefas e pessoas), de McGehee e Thayer (1961) enquanto em pesquisas nacionais observa-se com mais frequência o modelo de análise do papel ocupacional de Borges-Andrade e Lima (1983), o qual define inicialmente as habilidades esperadas para o trabalhador e,

posteriormente, mensura níveis em que o indivíduo domina essas habilidades e a importância para o seu desempenho no cargo. Outra abordagem é a de incidentes críticos, proposta por Flanagan (1954), a qual vem sendo aplicada na área de saúde (Hamui-Sutton et al., 2015) e que consiste na coleta de informações/situações sobre o comportamento humano, atitudes e desempenhos (desejáveis ou indesejáveis) de indivíduos e/ou grupos em determinado contexto específico (Abbad & Mourão, 2012).

Diante da relevância da investigação de lacunas de aprendizagem de HSA na área da saúde e da necessidade de aumentar estudos empíricos sobre ANT, este estudo tem o objetivo de avaliar necessidades de aprendizagem de HSA em uma amostra de profissionais vinculados a programas de residência médica e multiprofissional em saúde.

Referencial teórico

A produção científica sobre HSA cresceu exponencialmente na segunda metade do século XX. Em 1983, Ladd e Mize's descreveram habilidade socioafetiva como "a capacidade do indivíduo de organizar cognições e comportamentos em um curso de ação integrado direcionado a objetivos sociais ou interpessoais culturalmente aceitáveis" (p. 127). Conforme observado na Tabela 1, ao longo das décadas subsequentes, o conceito de HSA não sofreu alterações relevantes, permanecendo genérico, aplicável a diversos contextos e focado nos esforços individuais e coletivos de adaptação a situações adversas ou que envolvem um objetivo em comum.

Tabela 1

Conceitos de Habilidades Socioafetivas

Definições	Autores
Componente de habilidades comportamentais ou cognitivas que levam à competência social.	Kratochwill e French (1984)
Conjunto de condutas emitidas por um indivíduo em um contexto interpessoal que expressa sentimentos, atitudes, opiniões ou direitos desse indivíduo de um modo adequado à situação.	Caballo (1993)
Conjunto de capacidades comportamentais aprendidas que envolvem interações sociais.	Bolsoni-Silva (2002)
Comportamentos sociais valorizados em determinadas culturas com alta probabilidade de resultados favoráveis para o indivíduo, seu grupo e a	Del Prette e Del Prette (2017)

comunidade, que podem contribuir para um desempenho socialmente competente em tarefas interpessoais.	
Comportamento que é realizado em um contexto social e envolve engajamento interpessoal.	Dechsling et al. (2021)

Del Prette e Del Prette (2017) apresentaram um portfólio de habilidades sociais formado por dez classes e subclasses interdependentes: (1) comunicação, (2) civilidade, (3) fazer e manter amizade, (4) empatia, (5) assertivas, (6) expressar solidariedade, (7) manejar conflitos e resolver problemas interpessoais, (8) expressar afeto e intimidade, (9) coordenar grupo e (10) falar em público. Esse esquema de classificação das classes e subclasses norteia a identificação de déficits ou lacunas de aprendizagem, foco deste trabalho, pois especifica qual habilidade está sendo referida. Alguns momentos específicos da vida do indivíduo podem demandar, com mais frequência e intensidade, o uso de algumas dessas classes de habilidades.

O contexto de trabalho de um residente (médico e não médico), por exemplo, exige, quase que diariamente, a expressão de habilidades sociais cruciais ao atendimento das necessidades do paciente e ao trabalho colaborativo das equipes multi e interprofissionais. Dessa forma, o residente que acaba de concluir o curso de graduação em saúde, que tradicionalmente ainda é bastante teórico e uniprofissional, necessita adquirir ou aprimorar rapidamente seu repertório de habilidades sociais e adequá-lo às especificidades do contexto de saúde. Algumas habilidades, como, por exemplo, comunicação e disposição para compreender os papéis e as responsabilidades dos outros integrantes da equipe (Allen et al., 2022), são aplicadas, com frequência, no contexto de trabalho colaborativo em saúde e estão associadas a algumas das classes propostas no portfólio de Del Prette e Del Prette (2017), como comunicação, assertividade e empatia.

As HSA assemelham-se às habilidades consideradas não técnicas, tornando-se ainda mais cruciais aos profissionais durante a pandemia da covid-19 (Feder et al., 2020; Mayo, 2020; Traylor et al., 2021). O profissional de saúde que não dispõe de um repertório consistente de HSA contribui para o aumento de barreiras ao trabalho colaborativo multiprofissional, dentre as quais estão, principalmente, o apego a linguagens técnicas e uniprofissionais, a falta de conhecimento sobre os

papéis de cada profissional das equipes e a disputa por espaços de poder no mercado de trabalho. Essas barreiras potencializam problemas de comunicação e conflitos interpessoais, bem como segmentam o compartilhamento de informações relevantes na assistência ao paciente (Abbad, Gaspar & Nascimento, 2020; Altin et al., 2014). A Tabela 2 apresenta cinco conjuntos de HSA, com definições constitutivas, aplicáveis ao contexto do trabalho colaborativo e multiprofissional em saúde, os quais foram inspirados pelo portfólio de Del Prette e Del Prette (2017) e outros estudos empíricos da área de saúde.

Tabela 2

Habilidades Socioafetivas no Trabalho Colaborativo em Saúde

Categoria	Habilidades
Comunicação Refere-se às HSA de expressão (verbal e não verbal) entre os integrantes de uma equipe.	Falar em tom de voz audível e compatível com o ambiente de saúde; Fornecer e pedir *feedbacks* construtivos, sempre que necessário; Durante reuniões, utilizar linguagem acessível aos integrantes da equipe com distintas formações e especialidades; Redigir *e-mails* e outros documentos (prontuário de pacientes) com linguagem acessível aos integrantes da equipe com distintas formações e especialidades; Compartilhar informações, no início e no final dos turnos de trabalho (passagem de plantão), com foco na continuidade dos serviços da equipe; Iniciar conversas sobre assuntos não relativos ao trabalho; Elogiar publicamente o outro integrante da equipe; Compartilhar tomada de decisão sobre o paciente com os integrantes da equipe.
Civilidade Refere-se às HSA de polidez normativa adotadas na sociedade.	Expressar, sem elevar o tom de voz, suas opiniões para outros integrantes da equipe, mesmo em casos de discordância; Ouvir atentamente e sem interrupção a opinião de outros integrantes da equipe; Cumprimentar e responder a cumprimentos dos colegas ao chegar e ao sair do trabalho; Utilizar a expressão “por favor” quando solicitar alguma tarefa adicional ao colega de equipe; Admitir as falhas em procedimentos, comunicações e tarefas realizadas; Desculpar-se em situações de erros, desacordos e/ou conflitos.
Assertivas de enfrentamento Refere-se às HSA utilizadas em situações críticas, polêmicas e/ou desafiadoras.	Demonstrar postura de segurança ao interagir com autoridades e profissionais hierarquicamente superiores; Solicitar explicações sobre o porquê de certos comportamentos na equipe; Manter contato visual com o interlocutor sem ser intimidatório; Utilizar gestos firmes quando expõe opiniões sobre quais problemas devem ser considerados prioritários e urgentes; Defender os direitos da equipe junto aos líderes; Adaptar-se às eventuais mudanças na rotina da equipe; Resolver problemas de forma assertiva e respeitosa.
Sociais empáticas Refere-se às HSA de análise dos fatos em outra perspectiva e ao apoio informacional, instrumental e afetivo oferecido aos colegas com foco na produção de efeitos positivos no bem-estar e na redução de estresse.	Tratar indistintamente bem os integrantes da equipe, independente de religião, gênero, profissão etc.; Respeitar emoções e sentimentos expressos por outros integrantes da equipe, mesmo em conflitos; Compartilhar conhecimentos e aprendizagens interprofissionais com os demais integrantes da equipe; Observar mudanças no comportamento dos integrantes da equipe; Compartilhar alegrias e realizações dos demais integrantes da equipe; Demonstrar interesse em conhecer o perfil profissional do colega; Manifestar solidariedade diante de problemas dos integrantes da equipe.

Categoria	Habilidades
Sociais empáticas Refere-se às HSA de análise dos fatos em outra perspectiva e ao apoio informacional, instrumental e afetivo oferecido aos colegas com foco na produção de efeitos positivos no bem-estar e na redução de estresse.	Substituir o colega em tarefas que ele não pode realizar no momento; Ajudar o colega na colocação e retirada dos equipamentos de proteção individual e troca de uniforme; Emprestar materiais e equipamentos durante o trabalho; Compartilhar rapidamente com os colegas informações e orientações que possam impactar no trabalho; Apoiar o colega no manejo de novas tecnologias de informação e comunicação; Apoiar o colega na comunicação de más notícias aos familiares dos pacientes; Fornecer alimentação aos colegas quando necessário.
Sociais do trabalho Refere-se às HSA cruciais ao trabalho colaborativo de uma equipe multiprofissional em saúde.	Dispor-se a desfazer mal-entendidos relacionados ao uso de linguagem técnica ou valores profissionais; Compreender as fronteiras entre papéis e profissões da equipe; Compreender as responsabilidades e a *expertise* dos integrantes da equipe; Avaliar conjuntamente e de forma construtiva os erros cometidos pela equipe; Negociar mudanças de procedimentos para melhoria da equipe; Responder prontamente às perguntas quando questionado por outros profissionais e/ou áreas da instituição; Compartilhar percepções sobre o desempenho e cumprimento de metas da equipe; Reconhecer a importância de objetivos comuns da equipe; Expressar atitudes favoráveis à colaboração com outros profissionais; Estimular encontros regulares da equipe com foco na discussão de casos clínicos e avaliação do desempenho da equipe.

Fonte: Abbad, Gaspar e Nascimento (2020); Allen et al. (2022); Brown et al. (2016); Del Prette e Del Prette (2017); Feder et al. (2020); Garth et al. (2018); Keshmiri et al. (2022); Miles et al. (2020); Thistlethwaite e Moran (2010); Traylor et al. (2021); Xyrichis et al. (2018).

Os conjuntos de habilidades listadas na Tabela 2 serão utilizados neste trabalho no processo de diagnóstico de necessidades de aprendizagem de habilidades socioafetivas em residentes médicos e não médicos e em orientações futuras de treinamentos. O primeiro conjunto reúne habilidades de comunicação (verbal e não verbal) (Del Prette & Del Prette, 2017) que podem ser utilizadas no ambiente de trabalho de equipes de saúde, de forma que todos os integrantes consigam compreender as informações compartilhadas, independentemente das especificidades técnicas das profissões em saúde. O conjunto "civilidade" abarca habilidades sociais de polidez normativa adotadas na sociedade, como os cumprimentos tradicionais ao entrar ou sair de ambientes ou o ato de desculpar-se diante de falhas ou situações equivocadas. O terceiro conjunto refere-se às HSA utilizadas em situações críticas, polêmicas e/ou desafiadoras, nas quais as pessoas precisam argumentar e se posicionar, de maneira assertiva, diante de opiniões distintas de outros colegas (Abbad, Gaspar & Nascimento, 2020; Feder et al., 2020; Miles et al., 2021; Rose et al., 2021).

As HSA empáticas referem-se ao esforço das pessoas em se colocar no lugar do colega de equipe antes de emitir julgamento, opinião ou decisão (Del Prette & Del Prette, 2017). A análise dos fatos sob outra perspectiva contribui para diálogos e tomadas de decisão colaborativas (Abbad, Gaspar & Nascimento, 2020; Feder et al., 2020). Esse conjunto refere-se também ao apoio (instrumental e afetivo) ao colega de trabalho com foco no bem-estar e na redução de estresse. Essas habilidades foram cruciais no ambiente de trabalho das equipes de saúde durante a pandemia da covid-19, que exigiu dos profissionais rápida adaptação às novas regras de colaboração e suporte mútuo diante de circunstâncias de incerteza e pressão. Apesar do alto nível de estresse inerente às novas circunstâncias laborais, essas habilidades associadas ao respeito, à confiança e ao suporte social mútuo ganharam espaço no trabalho dos integrantes das equipes de saúde (Feder et al., 2020; Mayo, 2020; Traylor et al., 2021).

O último conjunto, as HSA de trabalho, referem-se às habilidades adotadas em situações específicas do cotidiano de trabalho de uma equipe, que necessita compreender papéis e responsabilidades dos seus integrantes, definir metas e objetivos comuns e cumprir tarefas

interdependentes, dentre outras ações voltadas para uma prática interprofissional e colaborativa (Abbad, Gaspar & Nascimento, 2020; Allen et al., 2022; Brown et al., 2016; Thistlethwaite & Moran, 2010; Xyrichis et al., 2018).

Outro aspecto bastante mencionado nos estudos da área de saúde publicados durante a pandemia foi a comunicação estabelecida entre equipe-paciente, equipe-equipe e equipe-familiares, a qual também passou por adaptações importantes. A restrição de visitas da família a unidades de terapia intensiva, por exemplo, em virtude das medidas de isolamento, fortaleceu o trabalho interprofissional em rede (Xyrichis et al., 2018) mediado por novas tecnologias da informação e comunicação (Rose et al., 2021).

Pesquisas recentes avaliaram também necessidades de HSA relacionadas ao trabalho colaborativo interprofissional e apontaram que os residentes têm dificuldades em compreender papéis dos outros integrantes da equipe com formações e especialidades distintas, assim como em dialogar sobre condutas e situações relativas ao paciente com outros profissional. Esses estudos, realizados com residentes de distintas formações (farmácia, enfermagem, nutrição, serviço social e fisioterapeuta), áreas de atuação em saúde (centro cirúrgico, ambulatório, internação, emergência e clínica geral) e especialidades médicas (oncologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, cirurgia, clínica geral, emergência, pediatria, obstetrícia, anestesia e ortopedia), alertam para a necessidade de treinamento dessas habilidades nos cenários reais e de prática que a residência proporciona (Allen et al., 2022, Garth et al., 2018; Keshmiri et al., 2022). As referidas lacunas científicas reforçam a relevância de treinamentos de HSA para profissionais de saúde, baseados em diagnósticos precisos e compatíveis com a realidade dos contextos de saúde, tal como o proposto no presente estudo.

Método

Delineamento do estudo

Este estudo possui um desenho descritivo exploratório, de corte transversal, e uma abordagem investigativa, predominantemente, qualitativa. Baseia-se no paradigma pós-positivista, pois adota elementos teóricos da literatura de HSA e resultados de pesquisas empíricas que

norteiam o objetivo da pesquisa e a interpretação dos resultados (Creswell & Creswell, 2021; Levitt et al., 2018).

Contexto do estudo e participantes

A pesquisa foi realizada em um hospital universitário brasileiro com uma amostra não aleatória de profissionais de saúde, selecionados por conveniência e disponibilidade a partir de uma lista, disponibilizada pelos coordenadores das residências, de 49 profissionais da residência médica (RME) e 40 profissionais da residência multiprofissional ou não médica (RMU). Essa lista não incluiu residentes do primeiro ano, apenas a partir do segundo ano. Dos 89 profissionais de saúde listados, 15 (16,8%) se dispuseram a participar da pesquisa. A Tabela 3 descreve as áreas de atuação dos profissionais.

Tabela 3

Características dos (as) Participantes

Abreviatura de identificação	Profissão	Área	Cargo
P.M.	Enfermeira	Atenção oncológica	Coordenadora de programa
C.R.	Fisioterapeuta	Atenção oncológica	Coordenadora técnica
E.F.	Enfermeira	Atenção oncológica	Coordenadora docente
A.H.	Fisioterapeuta	Atenção cardiopulmonar	Coordenadora de programa
F.R.	Terapeuta ocupacional	Atenção cardiopulmonar, Atenção básica e oncologia	Coordenadora adjunta de programa
L.P.	Psicóloga	Atenção oncológica	Coordenadora docente
K.C.	Nutricionista	Atenção oncológica	Coordenadora docente
J.F.	Fisioterapeuta	Atenção cardiopulmonar, Atenção básica e oncologia	Coordenadora de programa
C.R	Nutricionista	Atenção oncológica	Residente
I.M.	Enfermeira	Atenção básica	Residente
L.C.	Médica	Pediatria	Residente
F.X.	Médico	Pneumologia	Pneumologista
L.M.	Médica	Infectologia	Infectologista
A.S.	Médico	Psiquiatria	Psiquiatra
R.C.	Médico	Oncologia	Cancerologista clínico

Dos 15 participantes listados na Tabela 3, 3 (20%) são residentes e 12 (80%) são preceptores ou coordenadores de programas de RME e RMU; 3 são homens (20%) e 12 (80%) são mulheres. Os três residentes (C.R., I.M. e L.C.) possuem formação em nutrição, enfermagem e medicina,

respectivamente. Todos os preceptores e coordenadores possuem experiência profissional mínima de 5 anos em equipes multiprofissionais ou interprofissionais em saúde.

Procedimentos de coleta de dados

Foram encaminhados convites para uma entrevista de análise de necessidades de aprendizagem de HSA em contextos de residência. As entrevistas basearam-se em um roteiro semiestruturado (Apêndice A) com cinco perguntas voltadas para a investigação de incidentes críticos que evidenciavam lacunas dessas habilidades no trabalho do residente. Na última pergunta, foram apresentados aos (às) entrevistados (as) cinco tipos de habilidades sociais sugeridas, pelos estudos empíricos identificados na literatura, como necessárias ao trabalho colaborativo de equipes inter e multiprofissionais. São elas: (i) Compreensão e respeito de papéis, responsabilidades e *expertise* dos membros da equipe, (ii) Compartilhamento de informações em início e final de turnos de trabalho, garantindo a continuidade dos serviços, (iii) Apoio ao colega na realização de tarefas necessárias à rotina da equipe, (iv) Debate de opiniões distintas a respeito da assistência fornecida ao paciente e (v) Tomada de decisão na assistência fornecida ao paciente.

Cada entrevistado (a) foi orientado (a) a escolher, com base no seu contexto de atuação, a HSA mais importante para o desenvolvimento profissional do residente e justificar sua escolha com exemplos de situações reais que demonstrem a necessidade de aprendizagem dessa habilidade.

Procedimento de análise dos dados

O conteúdo das entrevistas foi transcrito, de forma literal, totalizando um *corpus* de 61 páginas (*Word*, fonte *Times New Roman*, tamanho 12, espaçamento simples, alinhamento à esquerda) e 37.145 palavras. Com o intuito de preservar a identidade dos (as) participantes na análise dos dados, foram atribuídos códigos a eles (elas) (por exemplo, P.M.), que foram pareados aos trechos das falas dos (as) entrevistados (as). O material em vídeo de todas as entrevistas totalizou 5 horas, 58 minutos e 1 segundo de gravação.

O *corpus* foi apresentado na íntegra para 5 especialistas, que realizaram, individualmente, leitura flutuante de todo o material e foram orientados a selecionar trechos das falas dos

entrevistados (na integra) sobre situações de trabalho (incidentes críticos) e comportamentos observáveis que indicavam lacunas de HSA no trabalho colaborativo interprofissional (Hamui-Sutton et al., 2015), a partir de categorias *a priori* apresentadas na Tabela 2. A técnica qualitativa de incidentes críticos, proposta por Flanagan (1954), inspirou pesquisadores da área de saúde, pois foca na descrição de comportamentos e situações extremas e reais do cenário avaliado. A técnica já foi adotada, também, em contextos de residência e possibilitou a identificação de elementos subjetivos e comportamentais gerados pelas interações entre profissionais de saúde (Farnan et al., 2008; Hamui-Sutton et al., 2015).

A análise de conteúdo foi realizada inicialmente de forma individual, por meio da extração dos incidentes críticos e HSA e, em seguida, por consenso dos especialistas em um grupo focal (modalidade *online*), onde foram definidas, também, categorias de conteúdo, de acordo com os critérios de exaustividade, não seletividade, homogeneidade, representatividade e pertinência. Os conteúdos foram codificados e classificados em categorias e posteriormente submetidos à análise de frequências (Bardin, 2011; Hamui-Sutton et al., 2015). Os especialistas, escolhidos por sua *expertise* em avaliação e construção de instrumentos de análise de necessidades de treinamento, possuem formação em psicologia, pedagogia e administração.

Procedimentos éticos

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília, via Plataforma Brasil (nº do parecer: 5.362.942). Os (as) participantes foram orientados (as) previamente quanto aos objetivos, à justificativa, ao método e aos resultados esperados da pesquisa. Receberam, por *e-mail*, um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice B), assegurando o sigilo das informações individuais.

Resultados

A análise de conteúdo realizada pelos especialistas indicou um predomínio de lacunas de aprendizagem em HSA relacionadas à compreensão de papéis e responsabilidades de integrantes da equipe multiprofissional. A Tabela 4 mostra a frequência das cinco habilidades socioafetivas

necessárias ao desenvolvimento do residente, de acordo com as respostas dos (as) entrevistados (as) à última pergunta da entrevista. O Apêndice C mostra a frequência das habilidades socioafetivas mencionadas pelos (as) entrevistados (as) nas entrevistas.

Tabela 4

Habilidades Socioafetivas Necessárias ao Desenvolvimento dos Residentes

Habilidade	Frequência	Percentual	Exemplo de falas (desejáveis e indesejáveis)
a) Compreensão de papéis e responsabilidades dos integrantes da equipe.	7	46,6%	*"Disseram que eu prejudiquei o paciente e colocaram em prontuário que eu me recusei a fazer algo que eu deveria fazer, mas na verdade eu não deveria fazer".*
b) Compartilhamento de informações em início e final de turnos de trabalho, garantindo a continuidade dos serviços.	1	6,6%	*"'Mas já foi conversar com a equipe médica para saber?' Não, não foi, mas a equipe médica também não veio falar comigo... podia ter vindo"*
d) Debate de opiniões distintas a respeito da assistência fornecida ao paciente.	5	33,3%	*"Olha, vamos procurar, vamos lá, vamos atrás do residente de odonto, vamos sentar e conversar, ver o que eles estão pensando, o que estão planejando para o paciente"*
e) Tomada de decisão colaborativa na assistência fornecida ao paciente.	5	33,3%	*"Eu acho que não dá pra fazer um tratamento muito complicado pra essa situação, ele tá muito debilitado. E aí como vamos conduzir?"*

A Tabela 4 mostra que, de acordo com a percepção de 7 entrevistados (as) (46,6%), a habilidade de compreensão de papéis e responsabilidades dos integrantes da equipe foi considerada a mais importante para o desenvolvimento do residente do primeiro ano do programa. As habilidades de diálogo sobre situações e condutas relativas ao paciente com profissionais de outras formações e especialidades e tomada de decisão em conjunto também foram pontuadas por 5 entrevistados (as) (33,3%) como necessárias à formação do residente.

Essas lacunas de aprendizagem identificadas nas falas dos (as) entrevistados (as) foram agrupadas em duas categorias de conteúdo. A primeira delas (Compreensão de papéis e responsabilidades dos integrantes da equipe) refere-se à compreensão do residente acerca do perfil profissional dos integrantes da equipe multiprofissional, atribuições, limites e possibilidades de atuação técnica na assistência prestada ao paciente; enquanto a segunda categoria (Comunicação interprofissional) refere-se às dificuldades de comunicação do residente na interação com

profissionais de outras formações acadêmicas e na tomada de decisão em conjunto na assistência prestada ao paciente.

A primeira categoria evidencia a dificuldade dos residentes do primeiro ano em compreender papéis e responsabilidades dos integrantes da equipe. A fala de uma das residentes entrevistadas mostra uma compreensão superficial sobre algumas profissões da equipe: "o desafio é saber o que exatamente o outro faz, porque se tem visão muito macro do que aquela profissão faz. Por exemplo, farmacêutico está ali na farmácia, mas, dentro de um hospital, que ele faz?" (C.R. – residente e nutricionista). Um preceptor da RME descreveu uma situação vivenciada por um residente do primeiro ano, que indicou problemas na compreensão dos limites e das possibilidades de papéis e responsabilidades de outros especialistas que integram a equipe de trabalho:

> Tinha um paciente com um tumor na garganta, na laringe, cujo tratamento também ocorre com cirurgia, e o residente da oncologia falou para o paciente: "Olha, se fosse comigo, eu não operaria! Essa cirurgia é horrível!" Então ele fez um juízo de valor, já colocando uma situação... e ele não era cirurgião, ele era da nossa área. (R.C. – preceptor e médico oncologista)

Ao sugerir que o paciente não realizasse a cirurgia, o residente da oncologia assumiu, de forma equivocada, o papel (tarefas e responsabilidades) de um colega cirurgião. O exemplo mostrou, ainda, uma comunicação inadequada do residente com o paciente, ao rotular a cirurgia como "horrível", extrapolando, portanto, o seu papel profissional.

A dificuldade de comunicação interprofissional do residente do primeiro ano, segunda categoria de conteúdo, foi comentada por 100% dos (as) entrevistados (as), sobretudo em situações de conflitos, durante o debate de opiniões com outros profissionais e em momentos de tomada de decisão conjunta. De acordo com os preceptores entrevistados, os residentes mostram, em sua maioria, dificuldades para resolver conflitos gerados pela convivência em equipe e optam por esquivar-se da situação, solicitando ajuda ao preceptor ou a outro profissional mais experiente. Uma preceptora da RMU relatou que:

> Eu acho que eles (residentes) têm muita dificuldade de gerenciar situações por meio de uma conversa. É claro que eu vejo que muitas vezes é difícil mesmo, no sentido de que, às vezes, você tenta conversar e a equipe não tá tão aberta, né? E isso pode ser um complicador, mas eles muitas vezes não chegam a tentar conversar. Eles já vêm no choro, no desespero, no "como eu posso fazer isso?". (E.F. – preceptora e enfermeira)

As falas das entrevistas apontam que essa falta de habilidade de comunicação, na resolução de problema, pode estar relacionada à ausência de oportunidades de prática anterior nos cursos de graduação. Três entrevistados (as) (20%) do programa de RMU comentaram que a interação com a equipe médica, de uma forma geral, é mais desafiadora. Uma residente enfatizou que:

> quando você vai apresentar uma ideia ou discutir um caso, eles (residentes de medicina) se portam como se tivesse uma hierarquia, que a gente sabe que não há. Eu percebo essa diferença só com o pessoal da medicina, o restante não. (I.M. – residente e enfermeira)

Uma preceptora da RMU também observou um distanciamento entre as residências. médicas e não médicas, reduzindo as oportunidades práticas de aprendizagem dos residentes de ambos os programas em uma configuração multiprofissional ou interprofissional. A preceptora afirmou ainda: "não sei se o grupo da nutrição conversa adequadamente com os outros grupos da farmácia, odontologia, ou se eles mergulham mais na nutrição. Eu acho que a gente ainda trabalha em setores, em campos muito bem delimitados" (K.C. – preceptora e nutricionista).

A fala de uma residente de medicina se assemelha a da preceptora de nutrição, confirmando a baixa interação entre os residentes de diferentes profissões e a consequente tomada de decisão individualizada na assistência ao paciente: "Eu não conheço nenhum residente do hospital da equipe multiprofissional da pediatria. Ninguém conhece. A gente até conseguiria dar uma alta mais precoce ou tomado alguma decisão relacionada se a gente tivesse contato e um apoio melhor desses profissionais" (L.C. – residente e médica).

Foram observadas, nas falas de 6 entrevistados (as) (40%), barreiras importantes que dificultam a comunicação assertiva entre profissionais de distintas formações, a exemplo da disputa

de espaços de poder na equipe e visão unidisciplinar e uniprofissional, com pouco aproveitamento das oportunidades de diálogo. Uma preceptora da RMU comentou que “o debate de opiniões é um pouco fragilizado. Eles precisam entender mais o espaço e a opinião do outro, abrir mais espaço para essas discussões, pensando principalmente nos benefícios do paciente” (E.F. – preceptora e enfermeira).

Uma preceptora descreveu uma situação relacionada à dificuldade do residente em dialogar para resolver problema e tomar decisões em conjunto com outros colegas, assim como o desconhecimento de alguns profissionais acerca do papel do terapeuta ocupacional no momento da alta hospitalar.

> Era um paciente que precisava de várias orientações, mas a equipe não avisou que o paciente ia ter alta. Aí o paciente teve alta, foi embora sem orientações da terapia ocupacional. Então essa falta do diálogo, assim, dessa proximidade, eu acho que é um grande desafio, sabe? Do olhar ainda ser muito biomédico. Dificuldade de compartilhamento de informações com outros profissionais, dificuldade de tomada de decisão em conjunto. Eu vejo assim um movimento de frustração do residente, mas que daí parece que ele fica esperando. Ele quer que o médico fale: “Ei, residente de terapia ocupacional, o que você quer falar para o paciente?” (F.R. – preceptora e terapeuta ocupacional).

A situação relatada indicou ausência de diálogo e compartilhamento de informações entre os residentes da terapia ocupacional e o médico sobre a assistência prestada ao paciente. Foi observada, também, pouca proatividade dos residentes na coleta de informações sobre o quadro clínico do paciente, contribuindo para tomadas de decisão individualizadas e fragmentadas por profissão.

Variáveis contextuais

Durante a análise de conteúdo em grupo, os especialistas identificaram nas entrevistas um conjunto de falas relacionadas a variáveis contextuais que podem influenciar no uso de HSA pelos

residentes no trabalho colaborativo multiprofissional. Essas variáveis referem-se (i) à adaptação do residente ao seu primeiro ano (cumprimento de carga horária, cenário de prática e contexto multiprofissional) e (ii) ao suporte recebido pelo residente de preceptores e pares durante o enfrentamento de situações no trabalho.

Os programas de residência em saúde possuem inúmeras regras, atividades, avaliações e intensas rotinas assistenciais que o residente precisa cumprir. O cenário prático, característico de residência, promove a aquisição de habilidades relevantes ao profissional, as quais não foram trabalhadas, no mesmo nível de intensidade e realismo, em cursos de graduação.

Cinco preceptores (as) entrevistados (as) (33,3%) comentaram que uma das dificuldades de adaptação do residente ao programa deve-se ao apego às aulas teóricas e segmentadas por área de formação. Uma preceptora da RMU destacou pouca proatividade dos residentes: “eles se comportam ainda como estudantes (...) querendo sala de aula e disciplina para pegar na mão e para ensinar. Eles ficam querendo aula, aula, aula, sem entender que eles já fazem isso de alguma forma” (J.F. – preceptora e fisioterapeuta).

De acordo com 100% dos (as) entrevistados (as), a experiência anterior do residente, sobretudo em ambientes de prática colaborativa interprofissional, favorece a adaptação ao programa. Quatro entrevistados (as) (26,6%) disseram, especificamente, que algumas áreas de saúde já possuem uma cultura sólida de trabalho multiprofissional, tais como a oncologia e a psiquiatria, o que facilita a aprendizagem do residente, sobretudo no diálogo com profissionais de distintas formações.

O residente que atuou em outros programas de residências, como o de clínica médica, por exemplo, tende a possuir um repertório mais vasto e seguro de HSA no trabalho colaborativo em equipes multiprofissionais do que o residente que ingressou no programa imediatamente após a finalização do curso de graduação. Um preceptor da RME comentou que “o perfil dos residentes da cirurgia e da clínica médica é diferente da psiquiatria, porque eles têm um entendimento um pouco distinto do que é o trabalho em conjunto” (A.S. – preceptor e médico psiquiatra).

De acordo com residentes entrevistados (as), o suporte oferecido por preceptores, coordenadores e residentes e pelo próprio hospital contribui para criação de um ambiente saudável e seguro para expressão de HSA favoráveis ao trabalho colaborativo. Entre os (as) três residentes entrevistados (as), apenas um (uma) deles (as) (33,3%) relatou uma experiência positiva no início do período do trabalho no programa de residência, em virtude do suporte recebido pela equipe. Uma residente descreveu na entrevista uma experiência de ausência de suporte no início da residência e como esse fato impactou a sua atuação nos meses seguintes.

> Não teve parabéns. Não teve mal um bem-vindo. A fala foi assim: “olha, você escolheu estar aqui, você escolheu as 60 horas, então aguente, você está aqui porque você quer. Então, tipo, o problema é seu.” Acho que essa fala ficou na minha cabeça por um tempo. Foi bem difícil e acho que dificultou o relacionamento com a equipe. (C.R. – residente e nutricionista).

Os (as) entrevistados (as) mencionaram modificações nos programas de residência no período da pandemia da covid-19, como a migração das atividades educacionais presenciais (aulas, discussão de casos e reuniões de equipe) para a modalidade virtual e a redução de algumas práticas assistenciais importantes para a formação do residente (adiamento e cancelamento de cirurgias e procedimentos específicos). O depoimento da residente multiprofissonal C.R. resume o contexto com o qual os residentes se depararam no início da pandemia:

> No primeiro ano, assim que a gente entrou, ainda com tudo normal, então todo mundo naquela empolgação, teve um acolhimento do hospital, com todo mundo junto, todos os residentes, médicos e multi no auditório, e aí todo mundo bem junto, próximo, auditório cheio, lotado e, exatamente cerca de uma semana depois, chegou o primeiro caso de Corona no DF e, na semana seguinte, uso obrigatório de máscara, distanciamento, e foi muito impactante porque a gente ficou duas semanas comendo no refeitório, um do lado do outro, né, se conhecendo, que ninguém se conhecia e, cerca de duas, três semanas depois,

> era todo mundo separado, só duas pessoas por mesa no refeitório, então, assim, parece que foi um baque muito grande (...).

Apesar das dificuldades e transformações ocorridas nos programas de residência durante a pandemia, metade dos (as) entrevistados (as) avaliou o período como positivo na formação de residente, pois potencializou o uso de habilidades não técnicas, como resiliência, tolerância à frustração e apoio mútuo entre os profissionais da equipe multiprofissional.

Um dos aspectos salientados por 7 entrevistados (as) (46,6%) foi o rompimento dos momentos presenciais de interação entre os residentes em função das medidas de distanciamento social. A migração das atividades presenciais para plataforma de ensino a distância não foi suficiente para suprimir os momentos de troca afetiva e cognitiva existentes antes da pandemia.

> (...) eles tinham muitos momentos, dentro da carga horária deles, que seriam de interação, e eu acho que eles criam mais apoio entre si e que abre espaço para conversar, dialogar... que eram os momentos de aulas teóricas que eles tinham de espaço. E isso passou a ser *online* durante esse período. E eu acho que isso, talvez, tenha sido um ponto de quebra, porque eles passaram a não ter tanto contato. Aí eu acho que dificulta um pouco, né? (E.F. – preceptora e enfermeira).

De acordo com os preceptores, os residentes passaram a adotar, com mais frequência, habilidades de suporte à realização de tarefas entre os integrantes das equipes como estratégia de enfrentamento e melhoria da qualidade de vida no trabalho. Eis um exemplo de fala de um preceptor da RME:

> Meus residentes de pneumologia foram muito demandados para serviços de urgência, coisa que a gente tinha uma carga horária menor (...) acho que eu pude perceber até no dia a dia ali, no covidário, que foi realmente uma rede de suporte muito grande entre os residentes, até da equipe de enfermagem, técnicos, fisio. Acho que tava todo mundo bastante atuante naquele momento. (F.X. – preceptor e médico pneumologista).

Em contrapartida, 4 entrevistados (as) (26,6%) relataram que, mesmo com o aumento do suporte recebido de preceptores e pares e das oportunidades de aprendizagem proporcionadas pela pandemia, houve, também, uma elevação de enfermidades psíquicas, como depressão, *burnout,* crises de ansiedade e tentativas de suicídio. Um preceptor da RME pontuou que, apesar da rede de apoio mútuo criada entre os residentes, houve um "esgarçamento das relações dos residentes com outros profissionais do hospital, em virtude de aumento da demanda de trabalho, necessidade de realização de tarefas fora projeto do programa e cumprimento de carga horária em outros setores" (A.S. – preceptor e médico psiquiatra). A preceptora P.M. também exprimiu a sua percepção:

> Isso gerou bastante, bastante insegurança e conflito. Eu observei que, nesses dois anos, que pode ser uma coincidência, mas muito mais questões de saúde mental mesmo, de necessidade de busca por profissionais que auxiliassem esses residentes. A gente teve, inclusive, um ou dois suicídios entre os residentes (P.M. – preceptor e enfermeira).

A fragilidade e a instabilidade emocional geradas durante a pandemia da covid-19 tornaram o contexto de interações socioafetivas das equipes ainda mais desafiador. O distanciamento social e a consequente redução de encontros afetivos presenciais, aliados à insegurança e ao medo do contágio por um vírus, até então, desconhecido, contribuíram para o agravamento de doenças psicológicas. Cabe destacar, contudo, que algumas áreas foram mais expostas e afetadas do que outras. De acordo com o preceptor R.C., da residência médica:

> O nosso serviço (oncologia) não parou de funcionar durante o período da covid até porque tem uma questão de fila. O câncer não deixou! Então a gente não foi deslocado da função para que déssemos assistência voltada para o enfrentamento da pandemia.

Discussão

Os resultados deste estudo, realizado em um hospital universitário brasileiro, apontaram que residentes da área de saúde, no seu primeiro ano de residência, apresentaram dificuldades de (i) compreender papéis e responsabilidades dos integrantes das equipes inter ou multiprofissionais, (ii) manter diálogo sobre situações e condutas relativas ao paciente com profissionais de outras

formações e especialidades e (iii) tomar decisão interprofissional sobre o cuidado e a segurança do paciente. Esses resultados convergem com os obtidos por Allen et al. (2022), que examinaram lacunas de habilidades específicas de colaboração interprofissional em residentes de medicina, por Garth et al. (2018), que encontraram necessidades de aprimoramento em HSA de comunicação em residentes médicos e não médicos, e por Keshmiri et al. (2022), que identificaram baixos níveis de comportamentos colaborativos entre residentes médicos de diversas especialidades que atuam em centros cirúrgicos.

A semelhança entre as necessidades de aprendizagem encontradas nos estudos realizados em diferentes países, Estados Unidos, Irã e Brasil (Allen et al., 2022; Garth et al., 2018; Keshmiri et al., 2022), com residentes médicos de diversas especialidades e não médicos, em variados cenários de assistência, aponta falhas na formação desses profissionais em seus cursos de graduação e falta de oportunidades de desenvolvimento de HSA no primeiro ano de residência. As demandas de aprendizagem identificadas em residentes devem ser supridas por meio de treinamentos presenciais ou virtuais que adotem metodologias educacionais ativas, como simulação, aprendizagem baseada em problemas e práticas reflexivas (Abbad, Gaspar & Nascimento, 2020; Barbosa et al., 2019; Mata et al., 2021), ou por meio de treinamentos em serviço, em diferentes cenários de prática, adotando *workshops*, reuniões multiprofissionais para discussão de casos, *debriefings* e outras estratégias ativas de ensino inter e multiprofissional. Os treinamentos devem ser oferecidos para pessoas de diferentes profissões e especialidades, visando ao desenvolvimento de HSA de trabalho colaborativo inter e multiprofissional.

De acordo com preceptores e residentes entrevistados (as), no cotidiano de trabalho, os residentes médicos e não médicos comunicam-se com pouca frequência e tomam decisões separadamente sobre os casos e as condutas relativas ao paciente, o que indica a existência de barreiras ao trabalho interprofissional colaborativo e a falta de HSA requeridas no cuidado integral ao paciente. Essa temática vem sendo debatida também por outros estudos científicos que sugerem treinamentos que promovam a integração de equipes médicas e não médicas (Forbes et al., 2020;

Garth et al., 2018; Miles et al., 2021). No estudo de Garth et al. (2018), os farmacêuticos, por exemplo, mostraram ter uma relação de colaboração com os médicos mais consolidada do que com outras profissões, pois, segundo os (as) participantes, durante o curso de graduação em farmácia, eram oferecidas aulas que reuniam estudantes de farmácia e de medicina. Esses resultados mostram que as habilidades de trabalho colaborativo podem ser desenvolvidas por meio de atividades educacionais que envolvam profissionais de diferentes áreas de saúde.

Os conflitos interpessoais e as eventuais discordâncias de opiniões diante de situações adversas no cuidado ao paciente devem ser utilizados como oportunidades de treinamento durante a residência (Abbasi et al., 2018; Casanova et al., 2015; Silva et al., 2018). Entretanto, as falas dos (as) entrevistados (as) no presente estudo revelaram que alguns residentes não se sentem capazes de solucionar conflitos ou manejar discordâncias entre profissionais e, por isso, costumam esquivar-se da situação, solicitando ajuda ao preceptor ou chefe da residência. Os conflitos e as discordâncias deveriam ser compreendidos como oportunidades de aprendizagem e levados às reuniões de supervisão com preceptores e chefes como temas para debate.

Os (as) entrevistados (as) pontuaram, também, que, durante a fase aguda da pandemia da covid-19, o suporte oferecido por preceptores e pares (Feder et al., 2020; Mayo, 2020; Traylor et al., 2021) contribuiu para a expressão de habilidades de trabalho colaborativo em rede, ampliando a interação de entre RME e RMU (Xyrichis et al., 2018), a fim de garantir condições mínimas de trabalho e de saúde psíquica aos profissionais de saúde. A experiência pandêmica mostrou, também, ser possível realizar, quando for necessário, rápidos diagnósticos de demandas de aprendizagem e implantar ações educacionais imediatas e efetivas, sob diversas modalidades e formatos, que aprimorem habilidades técnicas e não técnicas em cenários reais e simulados de prática e fortaleçam a formação do residente em saúde (Daodu et al., 2020; Fonseka et al., 2020).

O diagnóstico realizado neste estudo, específico sobre HSA, contribui para a educação interprofissional, pois oportuniza ao residente aprimorar essas habilidades ao longo das constantes interações sociais estabelecidas com os integrantes das equipes de trabalho. A análise de

necessidades de aprendizagem, se realizada de forma regular em programas de RME e RMU, possibilita o planejamento de ações de treinamento complementares ao currículo formativo dos residentes. A análise de lacunas de aprendizagem na residência também fornece insumos e oportunidades de melhoria aos cursos de graduação em saúde, os quais oferecem, em sua maioria, poucas oportunidades de prática interprofissional ao estudante (Allen et al., 2022; Hamui-Sutton et al., 2015; Horwitz et al., 2007; Keshmiri et al., 2022).

O uso da técnica de incidentes críticos durante as entrevistas (Flanagan, 1954; Hamui-Sutton et al., 2015) também contribuiu para a precisão do diagnóstico, uma vez que facilitou a extração de situações extremas e reais (desejáveis e indesejáveis) do trabalho realizado pelo residente, por meio da fala de entrevistados (as) de seis profissões distintas (enfermagem, fisioterapia, medicina, nutrição, psicologia e terapia ocupacional) e sete áreas de atuação (oncologia, psiquiatria, atenção básica, cardiopulmonar, pediatria, pneumologia e infectologia). A heterogeneidade do perfil dos (as) 15 entrevistados (as) foi outro ponto positivo, pois possibilitou percepções multiprofissionais sobre o cotidiano de trabalho e as necessidades de aprendizagem nas interações socioafetivas.

A aplicação adequada das HSA apontadas como lacunas de aprendizagem pode melhorar o relacionamento do residente com outros integrantes da equipe e aprimorar a assistência oferecida ao paciente. Além disso, contribui para a resolução de conflitos, minimiza barreiras de comunicação interprofissional e fortalece o enfrentamento de situações adversas no ambiente de trabalho, estimulando os residentes e demais profissionais da equipe a pensarem e agirem de forma colaborativa, compartilharem informações cruciais na assistência em saúde, com foco na segurança do paciente, bem como construírem uma rede de apoio e suporte mútuo no trabalho (Allen et al., 2022; Horwitz et al., 2007; Yang & Kim, 2022).

Considerações finais

As lacunas de aprendizagem de HSA extraídas das 15 entrevistas deste estudo convergiram com elementos essenciais da prática colaborativa interprofissional em saúde. O investimento periódico em diagnósticos realísticos e precisos da falta de HSA no campo da residência em saúde pode

contribuir para o planejamento de ações efetivas de educação interprofissional contínua, aumentando as chances de aprendizagem, retenção e transferência do treinamento para o trabalho do residente.

A literatura de educação interprofissional indica que a qualidade e a integralidade do cuidado e da segurança do paciente dependem da atuação de profissionais que possuam tanto habilidades técnicas como sociais. Entretanto, pouco se sabe ainda sobre as demandas de aprendizagem de HSA de profissionais não médicos. Uma das limitações deste estudo foi a presença de apenas um campo de pesquisa e uma amostra não aleatória representativa dos (as) profissionais que atuam em residências em saúde no Brasil. Outra limitação foi a ausência de residentes do primeiro ano na amostra de entrevistados (as).

Sugere-se a realização de novas pesquisas empíricas que investiguem, mais profundamente, as relações de colaboração entre diferentes profissionais de saúde (ex.: médico e farmacêutico) e de especialidades distintas (ex.: oncologia e centro cirúrgico), com o intuito de identificar possíveis variáveis preditoras do uso de HSA no trabalho multiprofissional de residentes. O suporte recebido pelos residentes foi identificado, neste estudo, como uma dessas variáveis que afetam o uso de HSA no trabalho colaborativo, porém são necessárias pesquisas adicionais que investiguem o relacionamento entre suporte e HSA. O uso combinado de auto e heteroavaliações no referido diagnóstico e, consequentemente, a comparação entre essas avaliações podem também trazer resultados adicionais relevantes ao campo de educação interprofissional em saúde, por meio de futuras pesquisas.

Uma das contribuições do estudo é a identificação de diversos incidentes críticos que podem ser transformados em casos para serem discutidos em treinamentos de residentes, em itens de instrumentos de análise de necessidade de treinamento em HSA ou em testes de julgamento situacional para mensuração do grau de domínio dessas habilidades. Esta pesquisa apresenta também uma contribuição para a literatura da área, uma vez que investigou as necessidades de aprendizagem de profissionais médicos e não médicos, com base em incidentes críticos extraídos de cenários reais dos programas de residência, quando há um predomínio de estudos que contemplam

apenas a categoria médica (Allen et al., 2022). Os resultados deste diagnóstico confirmam resultados anteriores sobre quais são as HSA específicas e cruciais ao trabalho colaborativo em saúde, o que reforça a necessidade de oferta de ações de treinamento e desenvolvimento de HSA para os residentes do primeiro ano.

Manuscrito 4: Construção de testes de julgamento situacional na educação interprofissional em saúde

Resumo

O teste de julgamento situacional (TJS) tem sido considerado uma valiosa estratégia para avaliar a aprendizagem de habilidades atitudinais em cenários realísticos. Este estudo possui três objetivos: (i) descrever o processo de construção e busca de evidências de validade semântica e de conteúdo de TJS no trabalho de residentes em saúde; (ii) descrever a construção de uma folha de correção (gabarito) dos TJS e (iii) testar a equivalência da complexidade dos conteúdos dos itens dos TJS. Foram realizadas entrevistas com preceptores e residentes (médicos e não médicos) para extrair lacunas de aprendizagem de habilidades socioafetivas (HSA) no trabalho colaborativo. Os (as) entrevistados (as) apontaram três HSA necessárias ao desenvolvimento dos residentes: compreensão de papéis e responsabilidades, debate de opiniões distintas e tomada de decisão colaborativa. Baseadas nessas três habilidades, foram redigidas seis situações reais vivenciadas por residentes. Os TJS foram compostos por essas situações e quatro perguntas abertas, que exigiam do residente a solução dos casos. O conteúdo dos testes foi submetido a validações semânticas e de conteúdo. Foram escolhidos três testes para uma aplicação-piloto. Os escores gerados pela correção das respostas por dois pesquisadores foram submetidos a análises estatísticas para checar a equivalência de complexidade de conteúdo. O desempenho dos participantes nos TJS foi baixo, indicando lacunas de aprendizagem nas HSA avaliadas. Não houve diferença significativa entre os escores das respostas dos TJS, confirmando a equivalência de complexidade de conteúdo das diferentes situações. A aplicação desses TJS pode contribuir para a formação de residentes e a educação interprofissional em saúde em interações socioafetivas no trabalho colaborativo.

Palavras-chave: teste de julgamento situacional, aprendizagem baseada em casos, habilidade socioafetiva, residência em saúde.

Introdução

Os testes de julgamento situacional (TJS), nos últimos anos, ganharam visibilidade na área de avaliação de aprendizagem, em virtude do seu enfoque prático, preciso e sensível às especificidades de diferentes contextos educacionais e profissionais (Barron et al., 2022; Weng et al., 2018; Wolcott et al., 2020). Esse tipo de tese exige que os respondentes descrevam como agiriam em determinada situação ou dilema (Cualheta & Abbad, 2021). Na área de saúde, esses testes são considerados uma estratégia econômica e adequada de avaliação, pois permitem extrair tanto aspectos do raciocínio clínico quanto elementos comportamentais da relação com paciente, familiar e/ou profissional (Kiessling et al., 2016). Além disso, os TJS são mais eficazes na mensuração de habilidades pessoais e intrapessoais, pois atenuam problemas de viés e de validade, possuem menos chance de falseamento e possibilitam a mensuração de mudanças de comportamentos e atitudes de indivíduos (Anderson, Thier, & Pitts, 2017).

As ações de treinamento, desenvolvimento e educação (TD&E) em saúde contribuem para a melhoria de resultados estritamente técnicos associados ao cuidado e à segurança do paciente, mas também para os processos atitudinais, que regulam as relações interpessoais com pacientes/familiares e entre os integrantes das equipes de saúde (Chang et al., 2019; Jin et al., 2022; Reeves et al., 2013). Treinamentos e avaliações de aprendizagem, baseados em metodologias ativas e testes situacionais, que oportunizam o gerenciamento de erros em tempo real, contribuem para o aprimoramento de processos reflexivos instantâneos e orientações adaptativas importantes para a compreensão das causas de falhas individuais e de equipe (Aguinis & Kraiger, 2009; Bell et al., 2017).

O uso de metodologias ativas em treinamentos (Cox et al., 2017) e a construção de instrumentos de avaliação de aprendizagem (Wolcott et al., 2020), com formatos inspirados no cenário de prática e em casos reais, a exemplo dos TJS, podem potencializar os efeitos positivos das ações de educação interprofissional. O cenário formativo e prático da residência em saúde parece ser adequado para investigações científicas sobre construção, aplicação e busca por evidências de validade desses testes.

Diversos estudos científicos indicam que os profissionais da área de saúde necessitam desenvolver competências cada vez mais complexas, tanto técnicas quanto atitudinais. No entanto, a área de saúde carrega, ainda, uma herança de formações acadêmicas de caráter unidisciplinar, que segmenta a formação em disciplinas, especialidades e profissões, dificultando o desenvolvimento de competências e habilidades sociais e afetivas extremamente necessárias ao atendimento das demandas da sociedade (Abbad et al., 2016; Collins et al., 2020; Reeves et al., 2013; Richard et al., 2018).

Os residentes, diferentemente dos estudantes da graduação em saúde, estão imersos, a todo instante, em cenários de prática, o que possibilita aprendizagens significativas e aplicações imediatas de habilidades (técnicas e não técnicas) cruciais para um cuidado em saúde integral de qualidade. As habilidades socioafetivas (HSA) são formadas por aspectos cognitivos e, sobretudo, interpessoais (Del Prette & Del Prette, 2017), os quais complementam habilidades clínicas necessárias a uma assistência segura ao paciente (Chang et al., 2019; Collins et al., 2020; Mata et al., 2021; Reeves et al., 2013). A comunicação, por exemplo, é uma dessas habilidades não técnicas, com maior risco de erros e falhas no ambiente hospitalar (Riley et al., 2011), o que reforça a necessidade de investimento em ações de TD&E contínuas e efetivas ao longo da vida do profissional de saúde (Jin et al., 2022; Lamba et al., 2016).

Foram identificados na literatura poucos estudos que abordaram estratégias de avaliação de aprendizagem sensíveis aos efeitos de intervenções de aprimoramento de habilidades de caráter afetivo no contexto do trabalho de residentes em saúde, tais como as mencionadas por Thistlethwaite e Moran (2010): trabalho em equipe, definição de papéis e responsabilidades, comunicação e *feedback*, aprendizagem/reflexão, foco no paciente e ética/atitudes. Alguns autores consideram necessárias as pesquisas que apresentem a construção e a busca de evidências de validade de instrumentos de avaliação de aprendizagem aplicáveis ao trabalho colaborativo de equipes compostas por diferentes profissionais de saúde (Kang et al., 2022; Thistlethwaite & Moran, 2010).

A construção de TJS que mensurem a aprendizagem de HSA justifica-se pela importância dessas habilidades para o trabalho e a formação dos residentes em saúde, assim como pelas lacunas identificadas na literatura sobre instrumentos de avaliação de aprendizagem com evidências de validade e confiabilidade psicométrica. O presente estudo possui, portanto, três objetivos: (i) descrever o processo de construção e busca de evidências de validade de TJS no contexto de trabalho dos residentes, (ii) descrever a construção de uma folha de respostas (gabarito) dos TJS e (iii) testar a equivalência da complexidade dos conteúdos dos itens dos TJS.

Referencial teórico

O processo de elaboração de um instrumento de avaliação de aprendizagem requer o cumprimento de diversos critérios de qualidade, a fim de garantir uma mensuração válida, confiável e detalhada de conhecimentos, habilidades e atitudes expressos em situações reais ou simuladas (Lineberry et al., 2013). Independentemente do local do treinamento, da motivação do aprendiz e do desenho instrucional, a escolha correta do instrumento de medida faz a diferença, sobretudo quando o foco da mensuração for habilidades não técnicas, atitudinais e socioafetivas de profissionais de saúde. Trata-se de um objeto de estudo bastante complexo, em virtude da variedade dos tipos de equipe, comportamentos e elementos de subjetividade no relacionamento entre os integrantes, além da alta imprevisibilidade de alguns contextos de saúde, como as atividades de atendimento a emergências (Shapiro et al., 2004).

Os currículos de ensino em saúde, de uma forma geral, carecem de avaliações mais confiáveis e com evidências de validade. Existem avaliações atitudinais do trabalho em equipe, porém há poucas avaliações envolvendo a observação direta dos comportamentos em ambientes clínicos reais, a exemplo da *Teamwork Skills* (CATS), que avalia a competência comunicação, e da *Teamwork Mini-Clinical Evaluation Exercise* (T-MEX), que desenvolve a participação ativa e centrada no cuidado do paciente. Além disso, a avaliação deve ser processual e não realizada em um momento único no tempo. A etapa de *debriefing* e de *feedbacks* deve ocorrer também ao longo das capacitações (Havyer et al., 2016).

A Escala de Prontidão para a Aprendizagem Interprofissional (RIPLS, sigla do inglês *Readiness for Interprofissional*) é um exemplo de ferramenta que mensura atitudes específicas sobre a aprendizagem de outros membros de cursos e profissões distintas em saúde. No entanto, ela tem recebido várias críticas em virtude do seu caráter perceptual e da falta de associação com o real desempenho das equipes de saúde. A escala apresenta problemas na estrutura fatorial e imprecisão no seu objeto de mensuração. Em função disso, ela não tem sido recomendada para avaliar intervenções e comparar resultados de diferentes treinamentos (Mahler et al., 2015). Peduzzi et al. (2015) defendem, contudo, que a versão da escala traduzida para o português pode ser útil na formulação de políticas, no planejamento de programas de educação interprofissional e na compreensão sobre a experiência de aprendizagem interprofissional de estudantes de saúde.

Além da RIPLS, existem diversos instrumentos publicados na literatura, nos últimos 20 anos, sobre avaliação de educação interprofissional em saúde em diferentes níveis de resultado. Shrader et al. (2017) apresentaram uma série de instrumentos quantitativos em diversos níveis de resultados, que foram considerados relevantes no ensino do curso de farmácia, como o T-TAQ (nível de reação), a Escala de Atitudes em relação à Equipe de Assistência à Saúde (nível de modificação de atitudes e percepções), a *Team Skills Scale* (nível de mudança no comportamento) e a Escala de Socialização e Valorização Interprofissional (mudança na prática organizacional). Esses autores apontaram uma prevalência de instrumentos que avaliam o nível de mudança de atitudes, percepções e comportamentos em relação aos níveis de reação e mudança da prática organizacional.

Anos depois, a revisão feita por Kang et al. (2022) apresentou sete instrumentos voltados para a avaliação do trabalho colaborativo de equipes em saúde. A maioria dos instrumentos são formados por itens objetivos, quantitativos e associados a atribuídos favoráveis às interações socioafetivas estabelecidas entre os profissionais de uma equipe de saúde, como comunicação, delimitação de papéis e tomada de decisão.

O Exame Clínico Objetivo Estruturado (OSCE) é também um método de avaliação considerado eficaz na avaliação de ensino em saúde. O aprendiz é inserido em cenários clínicos próximos à realidade de trabalho, e suas habilidades técnicas e não técnicas são avaliadas por meio de observação direta, com apoio de *checklists* (Lamba et al., 2016).

Mesmo com a ampla variedade de instrumentos e estratégias de avaliação no contexto de ensino em saúde, faz-se necessário avaliar previamente as vantagens e desvantagens de cada método. A adoção de instrumentos que investigam dados quantitativos, qualitativos ou mistos é um aspecto, por exemplo, que pode ser discutido no momento da escolha da estratégia de coleta de informações, a depender da dimensão do fenômeno avaliado em determinado estudo (Shrader et al., 2017). Apesar da diversidade de instrumentos científicos publicados, torna-se relevante a análise cautelosa sobre sua adequação e utilidade, haja vista que, em alguns casos, é mais recomendável a construção de instrumentos específicos e personalizados ao contexto investigado.

Outros aspectos também merecem ser pontuados durante o processo de escolha, construção e aplicação de um instrumento de pesquisa, tais como a presença de itens que expressem comportamentos observáveis no trabalho em equipe, que considerem a realidade do contexto de aplicação, assim como que possuam evidências de validade. Além disso, é importante utilizar múltiplas fontes de avaliação (ex.: pareamento de medidas de autorrelato às medidas preenchidas por observadores/avaliadores), visando reduzir o viés e a subjetividade do avaliador, alinhar os itens do instrumento às características do público-alvo, assim como treinar os avaliadores/observadores que irão aplicar o instrumento e analisar as respostas dos participantes (Kang et al., 2022; Marlow et al., 2018).

Teste situacionais de aprendizagem

Existem diversos instrumentos de mensuração de aprendizagem de habilidades clínicas e técnicas aplicados durante o processo formativo do profissional de saúde, porém a avaliação e a mensuração de habilidades não técnicas, comportamentos e atitudes ainda são um desafio para educadores e planejadores instrucionais. Os TJS surgiram como uma valiosa opção metodológica

para avaliar habilidades e atributos subjacentes dos indivíduos diante de cenários laborais realísticos que descrevem um dilema ou problema que exige uma resolução ou aplicação de conhecimentos, habilidades e atitudes (Wolcott et al., 2020). Os itens de testes situacionais podem ser apresentados de forma escrita, verbal ou por vídeo e podem conter mais de uma resposta adequada (Christian et al., 2010; Patterson et al., 2016; Reed et al., 2021; Smith et al, 2020). Os cenários são criados a partir de uma análise detalhada de contexto, função ou atividade que será avaliada e devem ser desenvolvidos em parceria com especialistas no assunto, com o intuito de garantir precisão e adequação à realidade na avaliação (Cechella et al., 2021; Cualheta & Abbad, 2021; Patterson et al., 2016).

A revisão de literatura realizada por Reed et al. (2021) mostrou que o desempenho de profissionais em testes situacionais pode estar relacionado positivamente com o desempenho futuro de profissionais de saúde no trabalho, o que pode ser útil para apoiar estratégias educacionais de desenvolvimento de atitudes e habilidades sociais e afetivas. As HSA, por exemplo, são difíceis de medir objetivamente, sendo, portanto, um campo propício para aplicação dos TJS. Esses testes conseguem mensurar traços implícitos pró-sociais, assim como crenças, valores sobre comportamentos e situações. Eles contribuem para o ensino da expressão de atitudes em diferentes configurações sociais, desde expressões agradáveis (por exemplo, ajudar outras pessoas) até desagradáveis (por exemplo, adiantar os próprios interesses às custas de outros) (Smith et al., 2020).

Outro campo favorável à aplicação desses testes é a seleção de pessoas, em que é possível a utilização de testes baseados em cenários escritos ou gravados em vídeo para avaliar o julgamento do candidato sobre determinado evento crítico (Smith et al., 2020). Apesar de apresentarem evidências científicas há mais de 40 anos, os TJS foram mais amplamente utilizados em processos seletivos da área de saúde apenas nos últimos 10 anos, sobretudo em avaliações de desempenho clínico de médicos juniores (Patterson et al. 2016).

A pesquisa de Lievens e Sackett (2012) mostrou que o rendimento de profissionais em TJS, por meio de vídeos, pode estar associada ao sucesso acadêmico e pós-acadêmico de profissionais de

saúde. Os resultados mostraram que alguns médicos, com pouca experiência técnica, mas com conhecimento processual sobre comportamentos eficazes no relacionamento interpessoal, obtiveram escores elevados nos testes admissionais. De acordo com o referido estudo, esse escore no TJS é um importante preditor de como será o comportamento real desses médicos em futuras situações interpessoais. A principal vantagem desse tipo de teste é que ele permite uma avaliação de construtos complexos em grandes grupos de examinandos, tornando-se uma alternativa atraente ou um complemento para métodos mais intensivos de avaliação, como entrevistas situacionais ou exames clínicos estruturados objetivos (Lievens & Sackett, 2012).

Existem passos-chave para a construção de TJS de aprendizagem de qualidade, a citar: (i) desenvolver especificações do teste, (ii) desenhar cenários e opções de resposta, (iii) estabelecer respostas-chave e método de escore, (iv) construir o teste, (v) realizar teste-piloto, (vi) realizar análises psicométricas e (vii) manter banco de questões e atualizá-lo periodicamente. Recomenda-se envolver indivíduos com *expertise* no assunto e realizar uma análise fiel e real do ambiente de trabalho para extrair habilidades, tarefas e outras características que farão parte do escopo de avaliação. A técnica de incidentes críticos contribui na extração de situações realísticas do contexto de trabalho. É importante, também, definir os construtos que serão avaliados baseados na teoria e na prática.

O conteúdo dos testes deve ser compatível com o perfil socioprofissional dos indivíduos avaliados (Cechella et al.,2021; Cualheta & Abbad, 2021; Reed et al., 2021). O teste precisa ser objetivo, preciso e, de preferência, formado por poucas perguntas, em virtude da restrição de tempo de muitos profissionais de saúde para o preenchimento de instrumentos. No entanto, ao reduzir o número de perguntas do teste, é importante atentar-se para aspectos associados à validade do instrumento (Kang et al., 2022).

O TJS possui, também, algumas desvantagens, a exemplo do seu processo de construção, o qual é complexo e demanda a reunião de um conjunto de conhecimentos e habilidades que podem ser desconhecidos por muitos educadores clínicos, como, por exemplo, avaliações de validade e

confiabilidade (Reed et al., 2021). Outra desvantagem da avaliação de habilidades não técnicas por meio de TJS, relatada por alguns pesquisadores, é a dificuldade em definir os construtos. Para evitar imprecisões e problemas de validade, é preciso investigar se os itens de avaliação de aprendizagem de HSA estão medindo o que se propõem a medir (Reed et al., 2021; Wolcott et al., 2020). Diante dos desafios relatados na concepção e implantação de TJS, o presente estudo pretende apresentar, de forma detalhada: (i) o processo de construção dos TJS e de busca de evidências de validade semântica e de conteúdo, (ii) criação de gabaritos para correção dos TJS e (iii) teste de equivalência de complexidade de conteúdo dos itens dos TJS.

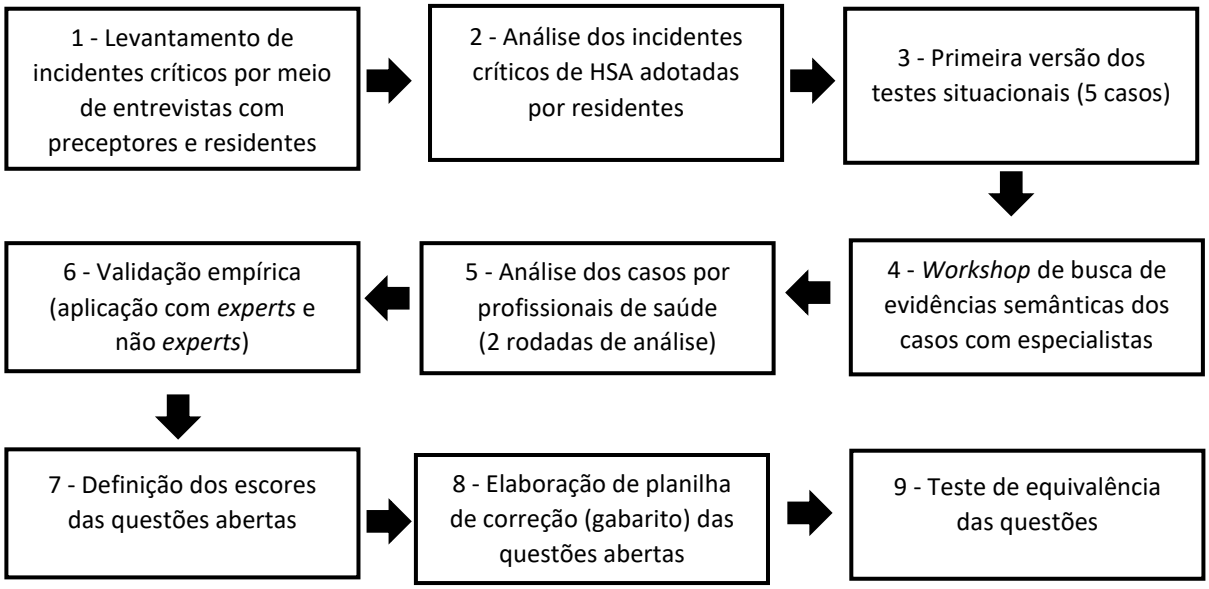
Método

Este estudo adota uma abordagem mista sequencial exploratória, baseada no paradigma investigativo pós-positivista, por meio da combinação de dados qualitativos e quantitativos e de múltiplas fontes de análise de dados. Essa abordagem favorece uma compreensão mais completa do problema da pesquisa e contribui para o desenvolvimento de instrumentos mais contextualizados e com rigor metodológico (Creswell & Creswell, 2021; Leviit et al., 2018).

Foram elaborados seis TJS, com o intuito de mensurar a aprendizagem de HSA de residentes no contexto multiprofissional em saúde. Os TJS foram escolhidos como instrumento de avaliação de aprendizagem, para serem posteriormente utilizados em treinamentos de HSA para residentes da área de saúde no Brasil. O processo de construção e busca de evidências de validade desses TJS e criação de gabaritos para correção dos testes compreendeu nove etapas, descritas a seguir (Figura 1), em termos de participantes, procedimentos de coleta e análise de dados.

Figura 1

Etapas de Construção e Busca de Evidências de Validade dos TJS



A **primeira etapa** foi composta pela realização de entrevistas semiestruturadas com 15 profissionais de saúde (4 residentes e 11 preceptores das residências médica e multiprofissional) de um hospital universitário brasileiro, selecionados por conveniência, com o intuito de extrair incidentes críticos relacionados a HSA utilizadas pelos residentes na rotina de trabalho multiprofissional. Além dos incidentes críticos relatados, foi solicitado aos (às) entrevistados (as) que eles (as) indicassem qual das HSA os residentes precisariam desenvolver.

Na **segunda etapa**, o conteúdo das respostas dos (as) entrevistados (as) foi transcrito literalmente e analisado por seis integrantes de um grupo pesquisa, inicialmente, de forma individual e, em seguida, por consenso em grupo. Cada pesquisador foi orientado a ler a transcrição e identificar lacunas de HSA predominantes e necessárias ao trabalho colaborativo e à formação do residente em saúde. Uma lista com categorias de HSA extraídas da literatura científica foi apresentada previamente aos pesquisadores, com o intuito de apoiá-los na extração das lacunas de aprendizagem (Del Prette & Del Prette, 2017; Kang et al., 2022). Após o consenso, os pesquisadores relataram um predomínio de lacunas de aprendizagem de HSA relacionadas a: (i) compreensão de papéis e responsabilidades de profissionais de saúde com distintas formações acadêmicas, (ii)

debate de opiniões distintas e (iii) tomada de decisão colaborativa na assistência ao paciente.

Construção dos itens dos testes situacionais

Com base nas descrições de situações que apontam lacunas em habilidades sociais e afetivas, foi elaborada, pela pesquisadora principal, uma primeira versão dos testes **(terceira etapa)**, formada por seis casos (situações-problema) distintos. Os seis casos eram compostos por (i) uma situação-problema específica, que demandava o uso das três HSA mencionadas como lacunas de aprendizagem para os residentes, e (ii) quatro perguntas abertas, apresentadas a seguir:

a) A quais profissões pertencem os integrantes das equipes que interagiram com a paciente X?

b) Descreva três comportamentos apresentados pelos profissionais da equipe que contribuíram para o problema ocorrido com a paciente X.

c) Explique como os profissionais da equipe poderiam ter atuado para evitar situações como a da paciente X.

d) Tendo em vista as soluções apontadas, como você conversaria com os integrantes da equipe para evitar que novos casos como o da paciente X ocorressem? Descreva o que você falaria para a equipe e como seria o diálogo.

As perguntas abertas eram idênticas em todos os casos e exigiam do respondente o uso de habilidades mais simples, como a descrição dos profissionais envolvidos no caso, e habilidades mais complexas, como a resolução do problema do caso. O nível de complexidade de cada questão foi analisado a partir da taxonomia de objetivos educacionais de Bloom (1956), de modo a manter equivalentes as situações-problema contidas nos testes situacionais e as perguntas que seriam respondidas pelos participantes da pesquisa.

Após a redação da primeira versão dos TJS, foi realizada a **quarta etapa**, por meio de um *workshop* (modalidade *online*), via *Microsoft Teams*, com outros nove integrantes de um grupo de pesquisa, com o objetivo de buscar evidências de validade semântica dos TJS. Os integrantes são especialistas em construção de instrumentos e avaliação de programas educacionais, possuem formações distintas (psicologia, pedagogia e administração) e diferentes níveis de escolaridade (pós-

graduação completa, pós-graduação incompleta, graduação completa e graduação em andamento). Após as orientações iniciais, os integrantes foram alocados em três subgrupos formados por três participantes. Cada subgrupo realizou a leitura de dois casos e respondeu cinco questões:

(i) O caso, de uma forma geral, está descrito com uma linguagem clara e acessível? Indique necessidades de melhoria.

(ii) As quatro perguntas, ao final do caso, estão descritas com uma linguagem clara e acessível? Indique necessidades de melhoria.

(iii) O caso apresenta incoerências gramaticais, erros de ortografia, digitação, concordância e outros aspectos da língua portuguesa? Aponte onde estão os erros (parágrafo e linha).

(iv) Faltou alguma informação no caso que tenha tornado difícil a compreensão da situação? Qual? Justifique.

(v) Alguma informação do caso poderia ser retirada sem causar prejuízo para a compreensão da situação-problema?

Após discussão e preenchimento das questões, cada subgrupo apresentou suas respostas e proposições de melhorias. Foram realizadas, essencialmente, alterações ortográficas e incluídas algumas informações sobre os personagens para facilitar a compreensão do caso. O grupo também sugeriu alterações nas quatro perguntas abertas de cada caso, de forma que os itens/questões “a” e “b” fossem mais descritivos e de mapeamento do cenário e os itens/questões “c” e “d” tivessem uma complexidade mais elevada, em um nível de análise e de soluções de problema.

Após a análise dos especialistas, foi realizada a **quinta etapa**, uma busca por evidências de validade de conteúdo com 17 profissionais de saúde de distintas formações (4 médicos, 3 enfermeiros, 2 psicólogos, 2 fisioterapeutas, 2 farmacêuticos, 1 cirurgião dentista, 1 fonoaudiólogo, 1 nutricionista e 1 técnica em enfermagem). Os profissionais foram selecionados por acessibilidade do pesquisador, e o critério de participação foi a atuação profissional em contexto hospitalar (público ou privado) e em equipes multiprofissionais de saúde. Os casos foram sorteados de forma que cada profissional realizasse a análise do conteúdo de, pelo menos, duas situações distintas. A

formação do profissional foi levada em conta no momento do sorteio, com o objetivo de garantir que o caso fosse analisado por profissionais com formações diferentes em saúde. Todos os profissionais foram orientados a realizar a leitura dos casos e responder a três perguntas:

(i) Na sua opinião, os casos possuem pertinência prática?

(ii) Há alguma incoerência teórica ou técnica na descrição dos casos?

(iii) Faltou alguma informação para o entendimento dos casos?

As respostas dos profissionais às referidas questões foram transcritas literalmente, organizadas em uma planilha em *Excel* e analisadas por um pesquisador. Os 17 profissionais indicaram que todos os casos tinham pertinência prática, porém alguns profissionais alertaram incoerências associadas ao uso inadequado de termos técnicos, a exemplo do termo broncoaspiração, que foi modificado para aspiração de vias áreas. Alguns profissionais também sugeriram um maior detalhamento do quadro clínico do paciente.

Após os ajustes realizados nos casos, foi realizada uma outra rodada de análise do conteúdo com três desses profissionais de saúde, a fim de confirmar se as alterações realizadas nos casos a partir das sugestões apresentadas pelos participantes da etapa anterior não comprometeriam tecnicamente a descrição deles. Nessa rodada de análise, houve discordância, no quesito coerência técnica, entre dois farmacêuticos e um técnico em enfermagem sobre o Caso 5, o qual abordava uma situação sobre um farmacêutico que recusou a prescrição de medicação feita por um médico. Não houve consenso entre dois farmacêuticos que participaram da análise de conteúdo sobre a coerência técnica do conteúdo do Caso 5. Dessa forma, optou-se por eliminar o caso inteiro do estudo.

Após as etapas de análise semântica e de conteúdo, foi realizada a **sexta etapa**, por meio de um teste-piloto com a aplicação dos testes a uma amostra de profissionais de saúde, visando analisar a equivalência de complexidade dos conteúdos dos testes. Foram sorteados três dos cinco casos: Caso 2 (*Não aspiração das vias aéreas de um paciente*), Caso 4 (*Paciente recebe alta sem as orientações da Terapia ocupacional*) e Caso 6 (*Alteração da dieta do paciente*). Este estudo-piloto

tem sido recomendado também para a obtenção de opiniões dos participantes sobre as instruções, a estrutura e a ordem dos itens (Cualheta & Abbad, 2021).

As três versões dos testes foram aplicadas em um único momento com os profissionais de saúde nesta sequência: T1 = Caso 2; T2 = Caso 4; e T3 = Caso 6. Os três testes foram transpostos para um único arquivo, com formato *online,* no *Google Forms* e, em seguida, encaminhados para 37 profissionais de 8 formações distintas em saúde (*experts* e não *experts*). Embora o público-alvo da aplicação dos TJS seja residente (médico e não médico), optou-se pela realização de uma aplicação-piloto com profissionais de saúde com tempos de experiência distintos, com o intuito de gerar o máximo de possibilidades de respostas (desejáveis e indesejáveis). Essa estratégia facilita a construção de critérios de pontuação (Cualheta & Abbad, 2021), os quais serão detalhados na etapa seguinte deste estudo.

Os profissionais, também selecionados por acessibilidade, foram orientados a ler os três casos descritos nos TJS e responder as quatro perguntas abertas. Foram considerados *experts* aqueles profissionais com no mínimo quatro anos de atuação em equipes multiprofissionais em contexto hospitalar. Todos os participantes do teste-piloto (Tabela 1) preencheram um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), com o intuito de assegurar o sigilo das informações compartilhadas. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília, por meio da Plataforma Brasil (nº do parecer: 5.362.942).

Tabela 1

Distribuição dos Profissionais de Saúde que responderam à aplicação-piloto dos TJS

Variável	Categoria	Frequência	Percentual
Gênero	Feminino	31	83,8%
	Masculino	6	16,2%
Expertise	*Expert*	26	70,2%
	Não *expert*	10	29,8%
	Medicina	12	32,4%
	Enfermagem	8	21,6%
	Psicologia	5	13,5%
	Fisioterapia	3	8,1%
	Odontologia	3	8,1%
	Técnico em enfermagem	3	8,1%
	Farmácia	2	5,4%
	Terapia ocupacional	1	2,7%
Tempo de experiência	0-5 anos	13	35,1%
	6-10 anos	11	29,7%
	11-15 anos	4	10,8%
	16-20 anos	4	10,8%
	21-25 anos	3	8,1%
	26-30 anos	2	5,4%

Nota. N=37

Foi observada uma prevalência do gênero feminino (83,8%), com formação em medicina (32,4%) e com até 5 anos de experiência de trabalho (35,1%). Houve também o predomínio de participantes com no mínimo 4 anos de experiência, critério utilizado para classificação como *expert* (70,2%).

A etapa de aplicação dos testes situacionais viabilizou a coleta de uma amostra de respostas de profissionais de saúde aos testes, o que possibilitou a **sétima etapa**, a definição de critérios de pontuação para cada tipo de respostas nas quatro questões. Com o intuito de garantir que os itens dos testes estivessem devidamente alinhados à complexidade das necessidades de aprendizagem dos residentes, os comportamentos descritos nos casos foram analisados conforme a taxonomia de Bloom (1956), que abrange três dimensões de aprendizagem (cognitiva, afetiva e psicomotora) e diferentes níveis de complexidade. As expectativas de respostas corretas para cada item estão apresentadas no Apêndice G.

Todos os testes foram construídos com base nos tipos de conhecimentos, habilidades e atitudes esperados do aprendiz (residente), assim como no nível de complexidade exigido em cada item (questão). As questões são abertas e convocam o residente a escrever livremente como ele agiria em cada situação apresentada.

A questão/item “a” tem o peso 1,0 e exige que o residente liste as profissões envolvidas no cenário do caso. É uma questão de nível de complexidade baixa (nível de conhecimento – dimensão cognitiva, conforme taxonomia de Bloom, 1956), que tem como objetivo verificar se o residente consegue identificar as profissões dos integrantes da equipe multiprofissional no cotidiano das interações socioafetivas no trabalho colaborativo.

O residente só obterá a nota máxima (1,0) caso consiga listar as três profissões envolvidas no cenário do Caso 2 (fisioterapia, enfermagem e técnico em enfermagem). Se o residente incluir outras profissões (ex.: médico), além daquelas que foram mencionadas como corretas, ele receberá 0,9 da questão. Se ele responder pelo menos duas das profissões corretas, a nota será 0,7; e, caso responda pelo menos uma das profissões corretas, a nota será 0,5. O residente poderá listar apenas uma profissão, incluindo ou não as corretas. Nesse caso, ele irá pontuar 0,33 por cada profissão correta que interagiu com a paciente, de acordo com o relato do caso, e 0,2 para profissões não mencionadas no caso, mas que podem ter tido algum tipo de interação com a paciente em virtude do seu quadro clínico e pelo contexto colaborativo da equipe. Em casos de respostas classificadas como “em branco” ou “não sei”, não será atribuído escore (nota: 0,0). Esse critério serve também para as demais três questões.

A questão “b” tem o peso 2,0 e solicita que o residente descreva três comportamentos apresentados pelos profissionais da equipe que contribuíram para o problema descrito no caso. Trata-se de uma pergunta com um nível de complexidade superior ao da questão anterior, pois exige do residente um mapeamento do cenário do caso (nível de compreensão – dimensão cognitiva e nível de valorização -dimensão afetiva, conforme taxonomia de Bloom, 1956), com foco na distinção

de tarefas, responsabilidades e papéis de cada integrante da equipe multiprofissional, bem como no apoio ao trabalho colaborativo em equipe multiprofissional.

O residente só obterá a nota máxima na questão (2,0) caso ele consiga descrever comportamentos associados às três habilidades apontadas como lacunas de aprendizagem neste estudo: incompreensão de papéis, falta de debate entre os integrantes e dificuldade de tomada de decisão colaborativa. Se o residente descrever comportamentos associados a pelo menos duas das habilidades mencionadas, a nota será 1,32. Caso ele descreva comportamentos associados a uma das habilidades, a nota será 0,66. Porém, caso ele descreva comportamentos não associados às habilidades mencionadas, mas indique outro comportamento específico presente na rotina assistencial que contribui para gerar situações semelhantes às apontadas no caso, a nota será 0,4.

A questão “c” tem o peso 3,0 e solicita que o residente explique como os profissionais da equipe poderiam ter atuado para evitar situações como as mencionadas no caso (nível de valorização - dimensão afetiva e nível de avaliação - dimensão cognitiva, conforme taxonomia de Bloom, 1956). O item tem como objetivo avaliar as falhas nas interações socioafetivas no trabalho e os impactos no cuidado ao paciente.

O residente só obterá a nota máxima na questão (3,0) caso ele consiga apontar soluções associadas às três habilidades mencionadas (incompreensão de papéis, falta de debate entre os integrantes e dificuldade de tomada de decisão colaborativa). Se o residente apontar soluções associadas a pelo menos duas das habilidades mencionadas, a nota será 2,0. Caso ele aponte soluções associadas a uma das habilidades, a nota será 1,0. Porém, caso ele aponte outras soluções que não estejam associadas às habilidades mencionadas, mas que contribuam para evitar os problemas citados no caso, a nota será 0,66.

Por fim, a questão “d”, peso 4,0, solicita que o residente descreva o passo a passo de como conversaria com os integrantes da equipe para resolver o problema mencionado no caso. Trata-se de uma questão que exige do respondente um alto nível de detalhamento, incluindo informações sobre “o que” e “como” seria o diálogo com a equipe de trabalho (nível de organização – dimensão

afetiva e nível de avaliação – dimensão cognitiva, conforme taxonomia de Bloom, 1956). O item tem como objetivo avaliar se o residente consegue propor soluções, a partir do debate com os integrantes da equipe, e decidir, de forma colaborativa, sobre aspectos da assistência prestada ao paciente.

O residente só obterá a nota máxima na referida questão (4,0) caso ele consiga detalhar os quatro aspectos importantes extraídos da literatura científica sobre habilidades sociais (Del Prete & Del Prete, 2017), adaptados para o cenário de saúde: (i) definir momento e local adequados para reunir toda a equipe; (ii) priorizar a assistência ao paciente ao invés de apontar culpados; (iii) enfatizar a necessidade do trabalho colaborativo da equipe multiprofissional, ou seja, o paciente é de todos e não de profissionais isolados; e (iv) realizar, de forma colaborativa, novos acordos e sugestões de melhoria para a assistência prestada ao paciente. Caso o residente aponte três dos aspectos mencionados, sua nota será 3,0. Caso ele descreva dois dos aspectos mencionados, sua nota será 2,0; e, caso ele aponte somente um dos aspectos, sua nota será 1,0. O residente pode indicar outras atitudes favoráveis a uma conversa colaborativa no contexto multiprofissional. Nesse caso, ele receberá uma pontuação de 0,5 para cada habilidade ou atitude diferente das quatro mencionadas.

A **etapa oito** foi formada pela elaboração das folhas de resposta (gabarito), com base nos critérios descritos acima. Essas folhas estão apresentadas, em detalhe, nos apêndices B, C e D, respectivamente. Dois pesquisadores analisaram as respostas dos testes e atribuíram, individualmente, notas para cada questão, conforme as folhas de resposta (gabarito).

Em seguida, foi realizado um consenso entre os pesquisadores sobre as notas atribuídas na aplicação-piloto. Todas as respostas foram discutidas pelos dois pesquisadores, com o intuito de chegar a um consenso acerca da resposta ideal e dos critérios de pontuação de cada item. As perguntas são abertas, e o conteúdo sobre habilidades é amplo e dinâmico, o que possibilita uma alta variabilidade de respostas corretas. Dessa forma, a folha de resposta (gabarito) contribui para diminuir a subjetividade e o viés de correção, em virtude dos critérios de pontuação bem definidos.

Na **nona e última etapa**, foi analisada a equivalência da complexidade dos conteúdos dos itens/questões dos três TJS (casos nº 2, 4 e 6) aplicados no teste-piloto e corrigidos com base nos critérios apresentados. Os escores finais de pontuação dos participantes, em cada um dos testes, foram inseridos no *software* estatístico Jamovi (versão 2.2.5).

Recorda-se que os três testes possuíam situações-problema distintas, mas equivalentes em objetivos de avaliação e natureza das habilidades avaliadas. As três versões do teste se referiam às mesmas três HSA referidas acima: (i) compreensão de papéis e responsabilidades de profissionais de saúde com distintas formações acadêmicas, (ii) debate de opiniões distintas e (iii) tomada de decisão colaborativa na assistência ao paciente.

Além das estatísticas descritivas (média, desvio-padrão, valores mínimos e máximos), os escores totais atribuídos por avaliadores a profissionais participantes do estudo nos três testes e os escores dos participantes em cada questão foram comparados, por meio do teste Wilcoxon, para avaliar se os conteúdos dos TJS apresentavam a equivalência de complexidade. O teste Wilcoxon foi adotado em virtude de os dados não apresentarem normalidade. Foi adotado o nível de significância estatística de $p < 0,05$. (Tabachnick & Fidell, 2013).

Resultados

Os três TJS (T1, T2 e T3), formados respectivamente pelos casos nº 2, 4 e 6, podem ser aplicados em momentos distintos (antes e após treinamentos) e utilizados como avaliação da aprendizagem de HSA em residentes médicos e não médicos. Os três casos que estruturam os TJS (T1, T2 e T3) estão descritos a seguir. As versões completas dos três TJS, com as quatro perguntas, estão apresentadas nos Apêndice D, E e F.

Figura 2

Caso 2 – Situação: Não Aspiração das Vias Aéreas de um Paciente

Você é um integrante de uma equipe de um hospital universitário e está participando de uma reunião multiprofissional da unidade de terapia intensiva (UTI). Trata-se de uma equipe que se conhece pouco, pois trabalha há menos de um mês. Na primeira reunião de equipe, várias pautas de discussão são levantadas, porém uma, em específico, sobre a paciente Roseana, que está sob sedação e ventilação mecânica, gera um

tensionamento entre dois integrantes: Luciana (enfermeira) e Felipe (fisioterapeuta). Na unidade de terapia intensiva, há momentos específicos para aspiração das vias aéreas a depender da condição clínica de cada paciente. No entanto, havia dúvidas e conflitos relacionados ao profissional responsável por fazer esse procedimento. A enfermeira Luciana, que estava de plantão, não realizou o procedimento de aspiração na paciente, a qual estava com muita secreção. Além disso, registrou no prontuário do paciente que o motivo da não realização do procedimento era a ausência de um fisioterapeuta na unidade, o qual, segundo ela, era o responsável por fazer o procedimento. Registrou, ainda, que a paciente Roseana teve aumento do esforço respiratório e ficou muitas horas sem ser aspirada. Durante a reunião da equipe, o fisioterapeuta Felipe, que foi mencionado no prontuário, indagou a enfermeira Luciana sobre o registro:
– Você já está aqui no plantão, atendendo o leito. Custa fazer? Eu sempre faço esse procedimento, mesmo quando estou sozinho sem apoio de um colega da sua profissão. Não é possível que alguém da enfermagem nunca possa fazer também.
Luciana, muito irritada, eleva o tom de voz e pontua:
– Não vou fazer o que não é da minha atribuição! Isso sempre foi da fisio.
A discussão continua, e os dois profissionais seguem direcionando a tarefa um para o outro. Felipe aproveita o momento e relata outra insatisfação.
– Vocês da enfermagem nunca podem fazer nada. Ontem senti falta do ventilador pulmonar em um dos leitos e solicitei ao técnico em enfermagem, que estava assistindo, naquele momento, a paciente Roseana. Ele, grosseiramente, disse que era atribuição da fisioterapia o transporte do ventilador pulmonar para o leito de atendimento.
– E é! Já fazemos muita coisa, enfatiza Luciana.
Os demais integrantes da equipe não se posicionam e a discussão continua entre os dois colegas. Você se recorda de conflitos entre outros profissionais da equipe na última semana, que viraram motivo de queixa de clientes na ouvidoria do Hospital. Em determinado momento, você, como integrante da equipe, pensa em interrompê-los para tentar, de alguma forma, conter a discussão, porém eles iniciam um diálogo com uma linguagem técnica e específica sobre os limites de atuação de cada uma das suas profissões, ficando impossível compreender o teor da discussão.
Você pensa em como abordar o assunto de forma a não causar mais constrangimentos na reunião de equipe. Como você atuaria nesse caso? Responda às questões abaixo detalhando a sua forma de condução da situação.

Figura 3

Caso 4 – Situação: Paciente Recebe Alta sem Orientações da Terapia Ocupacional

Você atua na equipe de saúde da unidade de internação de um hospital universitário. Juliana, terapeuta ocupacional, chega ao hospital universitário para mais um dia de trabalho, e sua primeira atividade é participar da passagem de plantão. Ao ouvir o último relato dos profissionais que atuaram no plantão anterior, ela percebe que uma paciente, que sofreu um acidente vascular cerebral (AVC) e está em processo de reabilitação, recebeu alta sem o seu conhecimento. Dessa forma, ela indaga a enfermeira Simarly, que está sentada diante do computador na sala da equipe:
– Ei, Simarly! Bom dia! A paciente Kelly Regina, do leito 15, precisaria ter sido orientada quanto a alguns procedimentos necessários à sua recuperação em casa. Por que eu não fui consultada? Já é a terceira vez neste mês que isso acontece. Difícil trabalhar assim, hein?!
Simarly abaixa a cabeça, lamenta o ocorrido e responde:
– Juliana, acho que o Dr. Diogo estava com pressa e não te achou no momento da alta. Ele comentou também que as orientações mais importantes já haviam sido repassadas.
A fisioterapeuta Lisa, que também estava na enfermaria, ouve o diálogo e comenta sem olhar para as duas colegas:
– Eu estava no momento da alta com o Dr. Diogo. A gente nunca consegue te encontrar, Juliana. A paciente estava ansiosa para ir para casa. Já falamos tanto sobre essa paciente, e você nunca se manifestou sobre a necessidade dessa orientação. Não vamos adivinhar, né?
– Lisa, eu sempre emito minha opinião nas reuniões, mas raramente sou consultada nesse momento de alta pela equipe. Você, como fisioterapeuta, deveria saber que essa orientação da TO é básica e muito importante para a recuperação da paciente. Por que não tentou entrar em contato comigo?

– Juliana, acho que você tem que resolver isso com o Dr. Diogo, tá? Não quero me envolver em confusão. Bom dia!
Juliana questiona à equipe o motivo das decisões, e os integrantes não conseguem identificar o que causou a falta de comunicação. Neste momento, um dos pacientes do ambulatório solicita atendimento, e os integrantes da equipe se dispersam em suas atividades.
Você, que assistiu toda a discussão e faz parte da equipe, envia uma mensagem no grupo do *WhatsApp* propondo uma reunião da equipe para discussão e resolução do caso. Todos visualizam, mas não respondem.

Figura 4

Caso 6 – Situação: Alteração da Dieta da Paciente

Você atua na equipe de saúde da unidade de internação de um hospital universitário. Letícia, nutricionista, chega ao trabalho bastante irritada e pede para conversar com os integrantes da sua equipe. Estão na sala, além de você, a enfermeira Eliane e a psicóloga Gabriela. Letícia então inicia a conversa:
– Pessoal, bom dia! Eu realizei uma avaliação da paciente Luana, leito 7, e propus uma dieta com quantidades específicas. Deixei tudo anotado para o Dr. George prescrever, junto com os demais medicamentos, que serão administrados pela enfermagem. Horas depois, percebi que os valores da dieta estavam completamente diferentes do meu registro. Alguém pode me explicar o que aconteceu?
A enfermeira Eliane entra imediatamente no prontuário eletrônico e responde:
– Humm... paciente Luana? Foi a Paola, a enfermeira novata, que administrou a infusão. Tem que perguntar para ela. O que eu sei é que a paciente estava com diarreia e a dieta foi interrompida hoje de manhã pelo Dr. George.
– Como assim? Além de administrarem o valor errado da dieta, interrompem sem nem conversar comigo?
Indaga a nutricionista Leticia.
A psicóloga Gabriela, que estava na sala, também acompanhou o caso da paciente Luana, opina com certo constrangimento:
– Letícia, a irmã dessa paciente é nutricionista também. Ela é poliqueixosa e vem discordando dos procedimentos adotados com a irmã, incluindo os valores nutricionais que você vem propondo. Ela conversou com o Dr. George. Então, possivelmente, ele fez a alteração nos valores e não comentou com você.
Letícia fica perplexa com a informação trazida por Gabriela e questiona a enfermeira Eliane, que balança a cabeça confirmando a fala da psicóloga e, em seguida, comenta:
– Então a parte da enfermagem está explicada também. A Paola (enfermeira novata), na hora de administrar a dieta, deve ter seguido a prescrição médica já alterada. Mas ela devia ter conversado com você também, Letícia.
Inconformada, Letícia questiona os colegas da equipe presentes na unidade sobre o motivo de ser sempre a última a saber das coisas. Os integrantes não conseguem responder. A nutricionista sai da sala enfurecida e diz que fará uma queixa da equipe na diretoria do hospital, pois os integrantes da equipe não se comunicam, podendo colocar a segurança e a saúde da paciente em risco.
Você se levanta e convence Letícia a retornar para a sala e conversar com a equipe.

Os três TJS descrevem problemas enfrentados por profissionais de saúde em contextos distintos (UTI, ambulatório e unidade de internação). Os casos descritos nos testes envolvem problemas de interação socioafetiva entre, no mínimo, dois profissionais de diferentes formações acadêmicas. A solução correta desses problemas requer que os profissionais expressem, nas respostas às questões do teste, o domínio das habilidades sociais e afetivas extraídas da avaliação de

necessidades de aprendizagem: a compreensão de papéis e responsabilidades, o debate de opiniões distintas e a tomada de decisão colaborativa.

A Tabela 2 mostra o escore total das respostas nos três TJS (T1, T2 e T3), assim como o escore por questão aberta (“a”, “b”, “c” e “d”). Recorda-se que o participante poderia alcançar, no máximo, o escore de 10 pontos em cada teste e 1,0, 2,0, 3,0 e 4,0 nas questões “a”, “b”, “c”, e “d”, respectivamente.

Tabela 2

Média dos Escores por Questão

	Média (M)	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Teste de Julgamento Situacional 1 (questões a, b, c, d)				
T1_a	0.68	0.25	0.00	1.00
T1_b	0.89	0.49	0.00	1.82
T1_c	1.67	0.79	0.00	3.00
T1_d	1.96	0.88	0.00	4.00
TOTAL	5.20	1.44	3.06	9.48
Teste de Julgamento Situacional 2 (questões a, b, c, d)				
T2_a	0.89	0.15	0.50	1.00
T2_b	0.97	0.38	0.00	1.71
T2_c	1.16	0.70	0.00	3.00
T2_d	1.82	0.89	0.00	3.50
TOTAL	4.84	1.47	1.41	8.06
Teste de Julgamento Situacional 3 (questões a, b, c, d)				
T3_a	0.86	0.20	0.00	1.00
T3_b	0.82	0.30	0.00	2.00
T3_c	1.49	0.65	0.00	3.00
T3_d	1.75	0.57	1.00	3.00
TOTAL	4.93	1.24	2.76	7.16

Nota. N = 37. T1 = Teste 1, T2 = Teste 2 e T3 = Teste 3.

A questão “a” possui um peso de 1,0 e obteve médias acima de 0,60 nos três testes, sendo a mais elevada no T2 (M = 0.89, DP = 0.15). A questão “b” possui um peso de 2,0, e a média de respostas mais elevada foi, de igual maneira, no T2 (M = 0.97, DP = 0.38). No entanto, as três médias foram bem inferiores, quando comparadas às da questão “a”. A questão “c” possui um peso 3,0, e sua maior média de respostas foi no T1 (M = 1.67, DP = 0.79). As três médias também se mantiveram inferiores em relação às demais questões. Por fim, a questão “d”, com peso 4,0, obteve sua maior

média de respostas no T1 (M = 1.96, DP = 0.88). De mesma forma que nas questões “b” e “c”, as médias da questão “d” foram muito baixas e semelhantes nos três testes.

A Tabela 3 mostra também a soma de todas as questões por teste, que possui escore máximo de 10,0. A média dos escores foi baixa nos três testes, sendo o escore mais elevado no T1 (M = 5.20, DP= 1.44). Os escores são também semelhantes, o que pode estar relacionado à equivalência dos conteúdos dos casos e às perguntas abordados em todos os testes. A Tabela 3 apresenta, também, a diferença estatística entre as medianas dos escores totais, por meio do teste Wilcoxon.

Tabela 3

Comparação Entre os Escores Totais dos TJS

Comparação	Escore total	M	Mdn	DP	*z*	*p*
T1 - T2	Escore total T1	5.20	4.98	1.44		
	Escore total T2	4.84	4.72	1.47	432	0.122
T2 - T2	Escore total T2	4.84	4.72	1.47		
	Escore total T3	4.93	5.06	1.24	310	0.718
T3 - T1	Escore total T3	4.93	5.06	1.24		
	Escore total T1	5.20	4.98	1.44	275	0.252

Nota. N = 37. $p < 0,05$. M = Média, Mdn = Mediana, DP = Desvio-padrão, T1 = Teste 1, T2 = Teste 2 e T3 = Teste 3.

Os resultados da Tabela 3 mostraram que não houve diferença significativa na comparação dos escores totais entre os três TJS ($p < 0.05$). No enquanto, foi realizada também a comparação dos escores entre as mesmas questões nos diferentes TJS (“a”, “b”, “c” e d”). O teste de Wilcoxon evidenciou que 5 das 12 combinações entre as mesmas questões dos diferentes testes apresentaram diferenças significativas: São elas: (i) T1_a (Mdn = 0.660) e T2_a (Mdn = 2.00), (Z= 43.5, $p \leq 0.001$); (ii) T3_a (Mdn = 1.00) e T1_a (Mdn 0.660), (Z = 442.0; $p \leq 0.001$); (iii) T2_b (Mdn = 1.06) e T3_b (Mdn = 1.06), (Z = 172.0, $p = 0.012$); (iv) T1_c (Mdn = 2.00) e T2_c (Mdn = 1.00), (Z = 265.5, $p \leq 0.001$); e (v) T2_c (Mdn = 1.00) e T3_c (Mdn = 1.60), (Z = 92.0, $p = 0.034$). Os valores das medianas e os testes inferenciais indicaram que essas cinco combinações de questões diferem quanto aos níveis de complexidade.

Discussão

Este estudo apresentou o processo de construção e investigação de evidências de validade semântica e de conteúdo de três TJS sobre HSA no trabalho colaborativo multiprofissional de residentes em saúde. Os testes descreveram diferentes situações reais e práticas vivenciadas por residentes em hospitais universitários brasileiros e exigiram a solução de situações-problema, por meio de respostas a quatro perguntas abertas. O uso de TJS tem sido recomendado por pesquisadores da área de saúde, pois as situações descritas nesse tipo de instrumento reproduzem, de forma realística e precisa, os dilemas da prática clínica presentes nas interações sociais multiprofissionais (Kiessling et al., 2016; Wenga et al., 2018; Wolcott et al., 2020). O conteúdo dos testes, neste estudo, foi submetido a análises de conteúdo por profissionais de diferentes formações em saúde, com o intuito de avaliar a pertinência técnica das situações descritas em cada caso e a sua aplicabilidade nos cenários reais de prática profissional.

As 15 entrevistas de avaliação de necessidades de aprendizagem dos residentes médicos e não médicos, tal como as análises de conteúdo realizadas por 17 profissionais de 9 formações acadêmicas distintas em saúde, contribuíram para reduzir o viés e a subjetividade do pesquisador no momento da redação das situações-problema contidas nos testes, assim como reduzir a escassez de intervenções educativas sobre HSA em equipes de saúde (Anderson et al., 2017; Collins et al., 2020; Mata et al., 2021; Marlow et al., 2018; Patterson et al., 2016). A estratégia de coleta e análise de dados, por meio de múltiplas fontes, contribuiu também para abarcar o máximo de elementos reais do cenário de saúde em diferentes setores do segmento (ex.: UTI, ambulatórios e unidades de internação) e de HSA transversais e comuns ao profissional de saúde inserido no contexto multiprofissional (Kiessling et al., 2016; Wenga et al., 2018).

Os profissionais que participaram da etapa de análise do conteúdo tinham um perfil bastante heterogêneo em tipo de formação, tempo de experiência, unidade federativa que atua e tipo de instituição de saúde em que trabalha (pública ou privada). Em caso de ausência de consenso entre esses profissionais sobre algum aspecto do conteúdo, as informações eram modificadas ou o

caso era retirado do estudo, tal como ocorreu com o Caso 5. O perfil heterogêneo de profissionais de saúde contribui para uma análise aprofundada e sistêmica dos construtos, pois abarca diversas perspectivas e opiniões. De igual maneira, a amostra de profissionais da aplicação-piloto era heterogênea (profissionais *experts* e não *experts*), possibilitando uma grande variabilidade de respostas certas e erradas (Cechella et al., 2021; Christian et al., 2010; Cualheta & Abbad, 2021).

Este estudo vai na direção de aumentar a confiabilidade e a validade da avaliação de aprendizagem na área de ensino e saúde, com uso de TJS baseados em situações próximas à realidade e em comportamentos observáveis de profissionais em ambientes clínicos. Uma das contribuições deste estudo é apresentar alternativas ao uso predominante de autoavaliações e avaliações subjetivas na área de ensino em saúde (Barron et al., 2022; Havyer et al., 2016). Os TJS diferem dos testes objetivos, que mensuram conhecimentos a partir de respostas fechadas, do tipo verdadeiro e falso, preenchimento de lacunas, múltipla escolha, entre outros formatos, também porque exigem respostas abertas referentes a comportamentos, habilidades e atitudes inspiradas em casos extraídos de cenários de prática.

O estudo atende uma demanda que vem sendo sinalizada na literatura sobre a necessidade de incluir nos currículos de informação em saúde não apenas habilidades técnico-científicas, mas também as HSA em equipes de residência em saúde (Abbad et al., 2016; Lamba et al., 2016). O conteúdo das situações descritas nos TJS se aproxima da realidade prática, e eles podem ser utilizados como materiais educativos e como parte de metodologias ativas de ensino de habilidades de trabalho em equipes multiprofissionais (Cox et al., 2017).

Os TJS foram construídos com base nos incidentes críticos extraídos de uma avaliação de necessidades de aprendizagem. Essa avaliação serve de insumo para a construção de TJS e para o planejamento de ações educacionais sobre HSA específicas e aderentes ao contexto multiprofissional do residente em saúde. O alinhamento entre o diagnóstico de demandas de aprendizagem, o planejamento de treinamentos e a construção de instrumentos de avaliação

contribui na motivação para aprender e aplicar, no trabalho, as HSA aprendidas (Aguinis & Kraiger, 2009; Bell et al., 2017).

Os itens do teste foram apresentados aos participantes em um formato escrito, e *online*, porém essa é apenas uma das formas de composição do TJS, que pode ser apresentado também em formato de vídeo ou por meio de simulações e dramatizações. Além disso, os testes possuíam uma linguagem compatível com o perfil socioprofissional dos participantes (Christian et al., 2010; Patterson et al., 2016; Reed et al., 2021; Smith et al., 2020). Independentemente do formato, os cenários criados nos testes devem ser desenvolvidos em parceria com especialistas no assunto, a fim de garantir características técnicas e fiéis à realidade investigada. O presente estudo cumpriu essa recomendação e outras etapas consideradas relevantes pela literatura científica no processo de elaboração de TJS de qualidade, a citar: o estabelecimento de respostas-chave e métodos de escore bem como a realização de teste-piloto e de análises psicométricas (Cechella et al., 2021; Cualheta & Abbad, 2021; Patterson et al., 2016).

As quatro perguntas abertas foram elaboradas com base nos objetivos instrucionais, previamente construídos, para um treinamento de HSA no contexto multiprofissional em saúde de residentes. Os objetivos instrucionais também estavam alinhados às lacunas de HSA indicadas nas entrevistas. A definição de objetivos instrucionais precisos, redigidos sob forma de desempenhos observáveis e alinhados às necessidades de aprendizagem, contribui para a construção de itens de aprendizagem consistentes e fidedignos ao que se propõe mensurar (Bell et al., 2017; Christian et al., 2010).

Os níveis de complexidade propostos nas quatro questões abertas, conforme taxonomia de Bloom (1956), também estão compatíveis com o nível de complexidade esperado em um TJS, uma vez que esse tipo de avaliação abarca situações complexas que exigem mais de uma forma de resolução. Dessa forma, a aplicação do teste-piloto e a posterior elaboração de uma planilha de correção (Apêndices H, I, e J) foram necessárias para investigar o maior número de possibilidades de respostas de diferentes profissionais (Cechella et al.,2021; Cualheta & Abbad, 2021).

Considerações finais

Esse estudo contribui com a produção de conhecimentos sobre a elaboração de TJS que mensurem a aprendizagem de HSA específicas às necessidades de residentes médicos e não médicos. O investimento na elaboração de treinamentos e de instrumentos de avaliação sobre habilidades não técnicas contribui para mitigar falhas cometidas na interação socioafetiva de profissionais de saúde, as quais podem impactar negativamente na assistência prestada ao paciente (Jin et al., 2022; Lamba et al., 2016; Riley et al., 2011, Shapiro et al., 2004).

Os TJS podem ser úteis e aplicáveis não só no contexto formativo dos residentes como também em programas de educação permanente em saúde, incluindo cursos de graduação, os quais ainda possibilitam poucas oportunidades de aprendizagem prática, situacional e multiprofissional de habilidades socioafetivas. Espera-se que esses TJS possam ser aplicados para levantar necessidades de treinamento, compor o material instrucional, pré-testar habilidades antes de um treinamento e pós-testar essas habilidades após os treinamentos.

Apesar das contribuições do estudo mencionadas anteriormente, cabe destacar a dificuldade para acessar os profissionais de saúde, em virtude das especificidades da natureza do campo de pesquisa. O número reduzido de participantes pode ser atribuído ao tempo de preenchimento alto dos três TJS. Cada teste era formado por uma descrição de caso e quatro perguntas abertas que exigiam um raciocínio, desde o nível de compreensão (lembrar de um fato) até o nível de criação (proposição de solução). Dessa forma, muitos profissionais de saúde não conseguiram aderir à pesquisa, em virtude da baixa disponibilidade de tempo para responder, ao todo, 12 perguntas abertas. A praticidade e a viabilidade de aplicação dos instrumentos no contexto de saúde também foram discutidas por Kang et al. (2022). Os autores pontuaram que a carga horária de trabalho elevada desses profissionais aliada à restrição de tempo para o preenchimento de pesquisa pode influenciar negativamente na qualidade das respostas aos instrumentos aplicados no contexto de saúde.

Outra limitação refere-se ao grau de complexidade de alguns itens (questões abertas). Todos os testes abordavam as três HSA indicadas como lacunas de aprendizagem dos residentes, porém as situações eram distintas, oriundas de contextos diferentes (UTI, ambulatório e unidade de internação). As características inerentes a cada contexto podem ter contribuído para a heterogeneidade de respostas mesmo diante de perguntas idênticas, assim como a falta de equivalência de complexidade de conteúdo em 5 combinações de itens nas versões diferentes dos três TJS (T1_a e T2_a, T3_a e T1_a, T2_b e T3_b, T1_c e T2_c, T2_c e T3_c). Apesar dos casos descreverem as mesmas HSA avaliadas, assim como possuírem uma média de personagens semelhante, é possível que os itens/questões dos testes sejam sensíveis a características específicas de contextos dentro da área de saúde. A realidade/cultura de trabalho entre os hospitais dos segmentos privados e públicos é bastante distinta, o que pode influenciar nas interações socioafetivas e nos acordos colaborativos das equipes multiprofissionais.

Esse pode ser um dos argumentos que explique a diferença significativa entre os escores de respostas aos mesmos itens de diferentes versões dos TJS, porém, para afirmar isso com segurança, seriam necessárias mais pesquisas que testassem a equivalência da complexidade de conteúdo dos itens propostos em profissionais com perfis profissionais mais homogêneos, como, por exemplo, a atuação em hospitais do mesmo segmento hospitalar. A equivalência da complexidade dos conteúdos pode ser testada, também, em pesquisas que adotem outros critérios de pontuação e correção (gabarito), assim como outros tipos de itens/questões.

Sugere-se, também, a realização de pesquisas que avaliem a aprendizagem, por meio de TJS, de outras HSA relevantes ao trabalho colaborativo multiprofissional em saúde. É importante que essas habilidades sejam mapeadas, previamente, em avaliações de necessidade de aprendizagem sistemáticas, realizadas com profissionais que atuam no cenário investigado, com o intuito de construir TJS compostos por conteúdos fiéis ao contexto de trabalho. Os TJS elaborados neste estudo refletiram, essencialmente, alguns dos setores de um hospital (UTI, ambulatório e unidade de internação). Sugere-se a elaboração de TJS sensíveis a outros contextos da área de saúde (ex.:

atenção básica, setores de emergência, centros cirúrgicos etc.) e outros setores da sociedade, a exemplo da educação básica, uma vez que a aprendizagem de HSA pode e deve ocorrer durante toda a vida (Del Prette & Del Prette, 2003; Del Prette & Del Prette, 2017; Lopes, Gerolamo, Del Prette, Musetti & Del Prette, 2015). Além disso, futuros estudos podem avaliar a distância entre as respostas escritas e os comportamentos apresentados em uma simulação dos casos.

Os TJS, ao serem construídos com rigor metodológico e alinhados às necessidades de aprendizagem de um público-alvo específico, podem integrar as ações e os programas de educação interprofissionais em saúde, contribuindo para uma aprendizagem aderente à realidade do estudante ou profissional (Wolcott et al., 2020). Os testes podem integrar os treinamentos de maneira formativa, aplicados ao longo da capacitação, em forma de exercícios que demandem resolução de problemas (Cox et al., 2017), ou de maneira somativa, aplicados ao final. Sugere-se, portanto, a realização de pesquisas que apresentem os resultados da aplicação desses TJS em diferentes contextos e em momentos distintos dos treinamentos (antes e depois).

É importante e valiosa a construção de mais de uma versão do mesmo TJS, pois isso possibilita sua aplicação em estudos com delineamentos robustos, formados por pré e pós-testes, os quis são recomendados pela literatura científica. A complexidade dos conteúdos dos testes também pode ser investigada em outras pesquisas com delineamentos experimentais e quase experimentais. Essa etapa contribui para a comparação dos efeitos da aprendizagem intragrupos e intergrupos. Outra recomendação de futura pesquisa seria a associação entre a aprendizagem de HSA adquiridas em ações de TD&E e os resultados de equipe, a exemplo de índices de satisfação do cliente e outros indicadores assistenciais da área de saúde.

Manuscrito 5: Treinamentos em habilidades socioafetivas para residentes da área de saúde

Resumo

Este estudo relata o processo de elaboração de três treinamentos sobre habilidades socioafetivas (HSA) com métodos distintos (prático, teórico-prático e teórico) para residentes médicos e não médicos e a confecção dos materiais instrucionais necessários à implantação dos treinamentos. Embora os três treinamentos sejam baseados nos mesmos objetivos e necessidades de aprendizagem, o método adotado em cada um deles é distinto, sendo o primeiro baseado em prática com *feedback* da instrutora, o segundo baseado em transmissão de informação, demonstração e prática e o terceiro baseado somente em transmissão de informação. Foi elaborado um quadro de apoio ao planejamento do treinamento, composto por dez variáveis extraídas de metanálises e teorias de desenho instrucional. Os objetivos e conteúdos instrucionais foram construídos com base em três HSA, apontadas como necessárias ao residente no contexto multiprofissional de trabalho, sendo elas: (i) compreensão de papéis e responsabilidades dos integrantes da equipe, (ii) diálogo com profissionais de distintas formações acadêmicas e (iii) tomada de decisão colaborativa na assistência prestada ao paciente. Os planos foram testados e analisados por nove especialistas em avaliação da qualidade instrucional. Os treinamentos foram ministrados pela pesquisadora principal, na modalidade *online* síncrona, com duração de 1h30min, participação voluntária dos residentes e aplicação de testes de julgamento situacional (TJS) antes e após os treinamentos. Os materiais instrucionais (vídeos contendo casos reais, *slides, folder* de divulgação, TJS e material de reforço da aprendizagem) foram construídos com base nos planos instrucionais. A apresentação detalhada do planejamento dos treinamentos fornece insumos importantes ao campo de educação interprofissional e aos desenvolvedores instrucionais sobre as características do desenho de treinamentos específicos de HSA na área de saúde compatíveis com as necessidades de aprendizagem do público-alvo.

Palavras-chave: treinamento, desenho instrucional, educação interprofissional, habilidades socioafetivas, residentes.

Introdução

O trabalho colaborativo em contextos multi e interprofissionais em saúde é complexo e deve, portanto, ser treinado em diversos momentos da formação e da carreira dos profissionais de saúde (McPherson et al., 2011). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2013, a educação interprofissional (EIP) é aquela que leva duas ou mais profissões a aprenderem “sobre”, “para” e “com” o outro, a fim de proporcionar bem-estar aos pacientes, clientes ou usuários. As ações de EIP podem ser compostas por simples intervenções de curta duração, até programas de educação permanente. Os cursos formais de graduação e pós-graduação em saúde (ex.: residências) estão incluídos nas possibilidades de EIP (OMS, 2013; Reeves et al., 2011; Reeves et al., 2013).

Embora sejam consideradas importantes, as ações de EIP ainda são realizadas nos cursos de graduação em saúde com uma frequência baixa, contribuindo, assim, para o surgimento de dificuldades e barreiras à prática interprofissional no contexto de trabalho (Collins et al., 2020). Muitas instituições de ensino possuem modelos educativos que não incluem a aprendizagem interprofissional e, quando incluem, adotam modelos pouco eficazes e não realísticos, como parece ser o caso quando, por exemplo, estudantes de mais de uma profissão relacionada à área de saúde são treinados por professores de uma única dessas profissões de saúde (Havyer et al., 2016; McPherson et al., 2001). Dessa forma, um estudante de saúde que conclui a graduação e inicia uma residência médica, agora como profissional, pode apresentar lacunas importantes em seu trabalho colaborativo com profissionais de outras formações acadêmicas (Allen et al., 2022).

O Conselho de Credenciamento para Educação Médica de Pós-Graduação, nos Estados Unidos, destacou que as habilidades interpessoais e de comunicação fazem parte das habilidades mais essenciais da formação do residente e, quando usadas adequadamente, contribuem para aprimorar a qualidade da tomada de decisão sobre condutas relacionadas à assistência ao paciente (Horwitz et al., 2007). De acordo com um estudo sobre mapeamento curricular, realizado com integrantes da associação de educação médica estadunidense, as habilidades de trabalho em equipe e de comunicação podem ser ensinadas e avaliadas em contextos pré-clínicos, em grupos pequenos,

durante a formação do profissional, com o intuito de gerar confiança no desempenho de atividades colaborativas dentro de uma equipe multiprofissional (Brown et al., 2016). Nesse sentido, quanto mais precoces forem as oportunidades de aprendizagem interprofissional nos cursos de graduação em saúde, provavelmente, mais disponível e hábil esse profissional ficará para o trabalho colaborativo (Hammick et al., 2007).

Muitos estudos avaliaram a eficácia de treinamentos/ intervenções de EIP em estudantes universitários (Collins et al., 2020; Hammick et al., 2007; Havyer et al., 2016; Hughes et al., 2016; Reeves et al., 2013; Richard et al., 2018; Salas et al., 2008). A maioria das pesquisas e intervenções realizadas com alunos de graduação em saúde limitou-se apenas aos cursos de medicina e enfermagem, o que reforça os dados de pouca abrangência da aprendizagem interprofissional no processo de formação. Os mesmos autores chamam atenção, também, para a falta de preparo de docentes e supervisores para atuarem na facilitação de grupos interprofissionais e de discussões em seminários entre estudantes de distintos cursos de graduação (Hammick et al., 2007).

O estudo de Gaspar e Abbad (2018), que teve a participação de professores e estudantes de cursos de graduação na área de saúde, reforça esses dados de despreparo de docentes, uma vez que sinaliza lacunas de aprendizagem em habilidades de ensino voltadas ao relacionamento interpessoal. A falta de preparo dos estudantes de graduação de diversos cursos da área de saúde está refletida em estudos que avaliaram necessidades de aprendizagem em residentes da área de saúde (Allen et al., 2022; Brown et al., 2016; Garth et al., 2018; Keshmiri et al., 2022). Os referidos estudos indicaram que esses residentes possuem lacunas importantes em habilidades socioafetivas (HSA), sendo esses conhecimentos não adquiridos necessários a uma prática colaborativa e multiprofissional.

As instituições de saúde devem investir, portanto, em intervenções de educação interprofissional, pautadas em planos instrucionais que estejam alinhados às características do contexto de trabalho dos residentes médicos e não médicos (Hammick et al., 2007). O estudo de Pitout et al. (2022) orienta o planejamento e o desenvolvimento de um currículo de educação

interprofissional, pautado em quatro perspectivas (pesquisador principal, aprendizes, professores e estudos teóricos e empíricos), uma vez que foram identificadas poucas pesquisas que integrem resultados empíricos sobre efeitos de treinamentos a orientações técnicas e teóricas de planejamento instrucional em saúde. O estudo destacou a importância de integrar currículos de diferentes profissões em saúde e incluir temas relacionados ao trabalho em equipe multiprofissional, como o cuidado centrado no paciente, a valorização da diversidade, e as relações igualitárias baseadas em respeito e reconhecimento.

Há diversos treinamentos identificados na literatura científica que visam o aprimoramento de habilidades de comunicação, trabalho em equipe além de outras habilidades não técnicas ou socioafetivas, a exemplo do *Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety* (*TeamSTEPPS*) (Mata et al., 2021). Há evidências de mudanças positivas na prática clínica de profissionais treinados no programa *TeamSTEPPS,* tal como a redução de erros de equipe e o aumento da tomada de decisão colaborativa e dos níveis de satisfação do paciente com o atendimento prestado. No entanto, há barreiras importantes na implantação desse programa, sendo algumas delas a falta de suporte e de recursos administrativos e o despreparo de instrutores para aplicar o treinamento e supervisionar as atividades práticas propostas nas rotinas de trabalho da equipe (Parker et al., 2018). A eficácia do *TeamSTEPPS* pode ser também prejudicada caso um dos integrantes da equipe, a exemplo dos médicos, não se envolva completamente nas atividades propostas pelo programa, como citado no estudo de Sheppard et al. (2013).

A aplicação do referido programa em uma equipe de saúde, sem uma avaliação prévia e sistemática de necessidades de treinamento, pode influenciar negativamente a sua eficácia e efetividade. É importante, também, investigar a necessidade de customização dos elementos do desenho instrucional, propostos nesses pacotes de treinamentos, com o intuito de garantir um alinhamento com as necessidades de aprendizagem do público-alvo e com o contexto de aplicação (Aguinis & Kraiger, 2009; Baldwin & Ford, 1988; Bell et al., 2017; Weaver et al., 2010).

Ao contrário do programa *TeamsSTEPPS*, muitos treinamentos sobre HSA, identificados na literatura científica, não descrevem, de forma detalhada, o seu processo de construção, confecção de materiais instrucionais e sua vinculação precisa com as necessidades de aprendizagem. Este trabalho buscou, portanto, desenvolver três treinamentos de HSA alinhados às demandas de aprendizagem de residentes médicos e não médicos e às características do contexto de saúde. O programa *TeamsSTEPPS*, em conjunto com outros treinamentos publicados na literatura científica sobre HSA (Del Prette & Del Prette, 2003, Lopes, Gerolamo, Del Prette, Musetti & Del Prette, 2015; Magalhães & Murta, 2003; Pereira-Guizzo, Del Prette, Del Prette & Leme, 2018; Salas, 2015; Weaver, Dy & Rosen, 2014) certamente inspiraram a criação e a organização dos conteúdos propostos nos três planos instrucionais deste estudo. Entretanto, foi a etapa de avaliação de necessidades de treinamento que norteou o processo de elaboração dos treinamentos e de seus materiais, conforme recomendado por estudos empíricos e teorias de desenho instrucional (Abbad et al., 2006; Aguinis & Kraiger, 2009; Baldwin & Ford, 1988; Bell et al., 2017).

O presente estudo, portanto, busca relatar o processo de elaboração de três treinamentos sobre HSA, que possuem métodos distintos (prático, teórico-prático e teórico) para residentes médicos e não médicos, bem como a confecção dos materiais instrucionais necessários à implantação de tais treinamentos.

Referencial teórico

O planejamento instrucional, realizado de forma sistemática e compatível com as necessidades de aprendizagem do público-alvo do treinamento, contribui para a geração de resultados positivos de aprendizagem e de melhorias no desempenho de indivíduos, equipes e organização. Na área de saúde, foi identificada uma variedade de modelos de treinamentos e desenhos instrucionais que estão focados no desenvolvimento de habilidades não técnicas, habilidades essas também denominadas *soft skills ou* socioafetivas. As metodologias ativas de aprendizagem ganharam espaço no planejamento instrucional por seu formato interativo e participativo, além de promover resultados positivos no aprimoramento de habilidades técnicas e

não técnicas associadas ao trabalho colaborativo de equipes multi e interprofissionais (Abbad et al., 2016; Coyle et al., 2020; Hughes et al., 2016; Salas et al. 2008; Villemure et al., 2018).

Estudos científicos, identificados na literatura, apresentaram treinamentos de HSA, baseados em diferentes métodos e estratégias de ensino, que indicaram melhorias importantes nos resultados e no desempenho profissional de indivíduos e equipes de trabalho. Os treinamentos variaram em relação aos objetivos, à duração e ao formato. Em relação ao conteúdo abordado nessas intervenções, a maioria focou no desenvolvimento de habilidades de comunicação e utilizou estratégias de ensino combinadas (transmissão de informação, demonstração e prática) (Banerjee et al., 2017; Barbosa et al., 2019; Bullington et al., 2019; Del Prette & Del Prette, 2003; Del Prette & Del Prette, 2017; Fonseka et al., 2020; Johnson & Panagioti, 2018; Hughes et al., 2016; Lamba et al., 2016; Lopes, Gerolamo, Del Prette, Musetti & Del Prette, 2015; Magalhães & Murta, 2003; Mata et al., 2021; Yutani et al., 2016).

O Treinamento de Habilidades Sociais (THS) é um exemplo de intervenção educacional construída a partir de pesquisas realizadas na Universidade de Oxford (Inglaterra) em 1970, composta por duas etapas, que ocorrem de forma simultânea: avaliação e intervenção. São utilizadas algumas técnicas, como modelagem comportamental, *feedback* verbal, gravação de vídeos e realização de tarefas que envolvam a solução de problemas em intervenções individuais e grupais. O THS tem sido aplicado em contextos de atendimento à comunidade (Del Prette & Del Prette, 2003; Del Prette & Del Prette, 2017; Del Prette et al., 2015; Pereira-Guizzo, Del Prette, Del Prette & Leme, 2018; Lopes, Gerolamo, Del Prette, Musetti & Del Prette, 2015), porém precisa ocorrer com mais frequência e sistematicidade nos cursos de formação de profissionais de saúde. Apesar das contribuições geradas por esse tipo de intervenção de treinamento nas atitudes e comportamentos dos indivíduos, faz-se necessário utilizar delineamentos de pesquisa que promovam maior controle de ameaças à validade interna, a exemplo dos experimentos e quase experimentos realizados com grupos controle ou de comparação e da aplicação de pré e pós-testes de avaliação de resultados.

O *TeamSTEPPS* é outro programa de treinamento com evidências científicas, implementado há mais de 20 anos pela Agência de pesquisa e qualidade na saúde (*US Agency for Healthcare Research and Quality*) em conjunto com o Departamento de Defesa norte-americano. O programa tem como objetivo otimizar resultados dos pacientes, aprimorando habilidades de comunicação e trabalho em equipe dos profissionais de saúde. O currículo do programa foi baseado em temas que ajudam os líderes da área de saúde a construir e implantar um plano de treinamento de habilidades personalizado para sua equipe. Muitas organizações de trabalho relataram melhorias no trabalho em equipe após a implantação do *TeamSTEPPS*, sobretudo no atendimento ao cliente e na segurança do paciente (De Meester et al., 2013; Lineberry et al., 2013; Sheppard et al., 2013; Parker et al., 2018).

O programa é composto por três fases: (1) Avaliação de necessidades, (2) Planejamento e Implementação do treinamento e (3) Sustentação e foco no desenvolvimento de cinco competências (1) liderança; (2) estruturação das equipes; (3) apoio mútuo; (4) consciência situacional; e (5) comunicação). Além dessas fases, existem outras ações consideradas cruciais para a efetividade do treinamento, tais como a oferta de oportunidades de prática; a ênfase dos líderes nas novas habilidades adquiridas pelos integrantes da equipe, os *feedbacks* regulares, a celebração de vitórias; o compartilhamento de resultados positivos da equipe, a mensuração do sucesso da equipe e a atualização periódica do plano de ação criado no treinamento (De Meester et al., 2013; Lineberry et al., 2013).

O programa *hotspotting*, que prepara estudantes universitários para atuar em equipes interprofissionais de forma personalizada, prática e intensiva com pacientes que possuem necessidades sociais e de saúde, vem produzindo resultados positivos nas habilidades não técnicas dos participantes. O estudo de Collins *et al.* (2020) mostrou que os estudantes de diferentes cursos de saúde, que participaram do *hotspotting* durante 7 meses, elevaram não só o nível de conhecimento, mas também apresentaram maior empatia e autoeficácia quando comparados a outros estudantes que não participaram do programa. Trata-se de um programa com um formato de

acompanhamento direto e contínuo da atuação do estudante em casos reais, durante um período de 6 meses. O programa inclui seminários, discussões em equipes interdisciplinares, *feedbacks* periódicos e apresentação de caso em sessão coletiva. Nesse sentido, o *hotspotting* não é só um programa de treinamento, mas sim uma experiência técnica e social, que produz melhorias na aprendizagem de habilidades de empatia em estudantes universitários.

O treinamento em gerenciamento de recursos da tripulação (CRM, sigla do inglês Crew Resources Management) é outro exemplo de intervenção educativa para aprimoramento de aspectos da comunicação e do trabalho em equipe. Seu objetivo original é modificar atitudes e comportamentos de equipes que atuavam na aviação, visando melhorar a segurança da área e minimizar falhas e acidentes. Foram utilizados no treinamento simuladores de voo de alta complexidade, de forma que os participantes pudessem trabalhar fielmente os processos de tomada de decisão, coordenação de tarefas e solução colaborativa de problemas que emergem em circunstâncias normais de trabalho. Esse tipo de treinamento apresentou diversas evidências de melhora no desempenho das habilidades não técnicas das equipes, trazendo contribuições relevantes para o ramo da aviação e para a área de TD&E (Aguinis & Kraiger, 2009; Fung et al., 2015; Paull et al., 2013).

Além dos tipos de treinamentos apresentados, existe uma diversidade de métodos educacionais ativos de aprendizagem que colocam o estudante, profissional ou treinando em contato direto com situações reais ou muito próximas à realidade assistencial. Entre esses métodos, é possível citar a simulação realística, a aprendizagem baseada em problemas (PBL, sigla do inglês *Problem Based Learning*), a gamificação, a aprendizagem ativa *(Active Learning*), a realidade virtual e aumentada e o uso de novas tecnologias de informação e comunicação (NTIC) para apoio no processo de ensino e aprendizagem. Esses métodos são geralmente apoiados por diversos recursos e tecnologias, como vídeos e aplicativos (Pelletier et al., 2022).

As intervenções educativas em saúde realizadas em serviço *(on the job)*, que adotam cenários simulados, têm sido descritas na literatura como uma estratégia de aprendizagem relevante

para o aprimoramento e para a integração dos domínios de aprendizagem cognitivo, afetivo e psicomotor. Além disso, a simulação interprofissional consegue avaliar habilidades técnicas e não técnicas dos profissionais de saúde, assim como, reproduzir e amplificar experiências reais ou guiadas. As simulações podem ser usadas em diversas configurações de ensino (intervenções de curta duração, programas de desenvolvimento profissional e educação formal em saúde), avaliação e pesquisa, podendo ser de alta, média ou baixa fidelidade (Chang et al., 2018).

As simulações de alta fidelidade são compostas por robôs de complexidade tecnológica elevada, os quais reproduzem sinais clínicos e, até mesmo, emocionais, de pacientes, a exemplo de paradas cardiorrespiratórias e lágrimas ou também por atores profissionais. Já as simulações de baixa e média fidelidade são compostas por manequins que representam partes do corpo humano. As simulações de alta fidelidade conseguem reproduzir situações clínicas com alto grau de realismo, aumentando a percepção, a emoção e os sentimentos vivenciados pelos participantes e viabilizando o desenvolvimento e a aprendizagem de diversos elementos presentes em uma equipe, espaço no qual a tomada de decisão, a comunicação e o trabalho em equipe são cruciais (Lima et al., 2018; Murta, 2005; Paige et al., 2014).

A prática reflexiva tem sido apontada, também pela literatura, como uma contribuição valiosa ao trabalho colaborativo em situações clínicas na educação em saúde (Richard et al., 2018). É definida como um processo que se inicia com uma dúvida/questionamento e segue para um momento de reflexão e de identificação de possíveis soluções para o problema. Essa prática sofreu forte influência do trabalho de John Dewey, o qual sugeriu que o processo reflexivo deveria cumprir cinco etapas: (1) Identificação do problema; (2) Definição do problema; (3) Identificação de hipóteses/soluções; (4) Análise e avaliação; e (5) Teste em ação. No contexto de saúde, a prática reflexiva pode ser definida como uma forma de preparar profissionais para o pensamento crítico e uma posterior tomada de decisão. Além disso, a prática contribui na formação de profissionais e no enfrentamento dos desafios diários da área de saúde e especificamente das EIP (D'Amour & Oandasan, 2005; Richard et al., 2018).

A reflexão crítica também foi considerada pela OMS (2013) como uma das principais estratégias de aprendizagem interprofissional. Os estudos que relataram impactos positivos dessa estratégia metodológica de intervenção, apresentaram delineamentos rigorosos de pesquisas, aumentando a validade e confiabilidade dos resultados (reações, atitudes e percepções dos participantes, mudanças de comportamento dos egressos no trabalho e nas práticas organizacionais de cuidado ao paciente) (Richard et al., 2018). Algumas características do formato da prática reflexiva foram relatadas como essenciais: (1) o uso de situações clínicas reais; (2) a participação de dois facilitadores (professores ou instrutores) com experiência prática; e (3) a alta estruturação da intervenção, de modo que não se transforme em algo improvisado e pautado somente em intuições dos participantes (Richard et al., 2018).

A metodologia problematizadora, ilustrada nos arcos de Charles Maguerez, também é uma estratégia de ensino-aprendizagem semelhante à prática reflexiva descrita acima. É composta por cinco etapas de aprendizagem, pautadas em um contexto social real: (1) observação da realidade; (2) identificação de postos-chave; (3) teorização; (4) formulação de hipóteses de solução e (5) aplicação à realidade (Prado et al., 2012).

O Vídeo Reflexivo Etnográfico (VRE) é derivado de uma etnografia, que tem como objetivo extrair relatos profundos dos indivíduos acerca da vida cotidiana, por meio de observações e interações de longo prazo. As sessões vídeo-reflexivas proporcionam momentos que vão além do processo de coleta de dados, pois geram novos comportamentos, decisões, processos de trabalho e recomendações práticas, visando melhoria contínua nas equipes laborais. Nesse sentido, o VRE tem como objetivo abarcar tanto a pesquisa acadêmica quanto o processo de otimização da prática de trabalho (Carroll & Mesman, 2018).

Cabe destacar que esse método, originado na Austrália, foi bastante usado nos últimos anos na área hospitalar, porém não se restringe a esse campo, sendo aplicado em salas de controle no setor ferroviário, ambientes educacionais, nas forças armadas e em equipes esportivas. O método

ganhou popularidade em vários campos do trabalho, pois oportuniza o redesenho de dimensões técnicas, interpessoais e afetivas (Iedema et al, 2019).

A participação em sessões de vídeo-reflexividade requer habilidades específicas dos profissionais de saúde, como atenção coletiva/colaborativa e passividade. A atenção colaborativa refere-se à capacidade de ter paciência para ser aberto ao que os colegas estão fazendo e dizendo, aberto às implicações do que está fazendo e dizendo e aberto aos colegas que têm perguntas sobre o que é apropriado fazer e dizer (Iedema et al., 2013). Já a passividade refere-se à capacidade do indivíduo de prestar atenção aos eventos sem reação imediata, de forma a permitir que os profissionais de saúde se sensibilizem com uma maior variedade de impressões (Iedema et al., 2013), ampliando, assim, sua capacidade de ação efetiva nas práticas futuras.

Existem, no entanto, outros métodos e estratégias de ensino que podem favorecer a aprendizagem de habilidades importantes na educação permanente do profissional de saúde, assim como características contextuais que devem ser analisadas no momento do planejamento instrucional, pois podem predizer desempenhos e resultados esperados. As metanálise de Salas et al. (2008) e Hughes et al. (2016) investigaram a eficácia de treinamentos em equipe sob uma ampla variedade de condições e características representadas por variáveis moderadoras, como tipo de conteúdo, tipo de estratégia de ensino, tamanho da equipe de profissionais treinados, presença e natureza de *feedback* etc. A revisão de literatura de Mata et al. (2021), que investigou efeitos de treinamentos de comunicação sobre o comportamento de profissionais de saúde, também reuniu resultados importantes sobre estratégias de ensino, carga horária do treinamento e durabilidade dos efeitos de treinamentos. A seguir, serão apresentados os principais resultados de efetividade de treinamentos extraídos dessas três publicações, os quais nortearam a construção dos treinamentos e materiais instrucionais propostos neste estudo.

Os resultados da metanálise de Salas et al. (2008) sugeriram que o tipo de conteúdo do treinamento, o tamanho da equipe e a estabilidade dos membros nas equipes moderam a efetividade das intervenções de treinamento. De acordo com a referida metanálise, as intervenções

de treinamento em equipes que abarcam conteúdo mistos de treinamento (técnicos e comportamentais) não são superiores àquelas com foco no aprimoramento de um tipo de habilidade. Esses resultados assemelham-se aos encontrados na metanálise de Hughes *et al.* (2016), os quais indicaram que os treinamentos realizados com equipes de saúde pautados na combinação de conteúdos técnicos e comportamentais também não são mais ou menos eficazes do que os treinamentos pautados em um único tipo de conteúdo, a exemplo dos comportamentais associados ao trabalho em equipe.

Os resultados metanalíticos (Salas et al., 2008) indicaram, também, que o desempenho (habilidades técnicas e não técnicas) de equipe grandes (n ≥ 5) melhorou após intervenções de treinamento quando comparado ao desempenho de equipes pequenas (n = 2). Porém, os resultados específicos de habilidades não técnicas ou socioafetivas em equipes grandes foram inferiores aos de equipes pequenas após intervenções de treinamento. Foram recomendados, no entanto, outros estudos que avaliassem o efeito do tamanho das equipes na eficácia de treinamento (Salas et al., 2008).

Uma terceira variável avaliada na metanálise foi a estabilidade das equipes. As equipes intactas (alta estabilidade) que participam do treinamento melhoraram de forma significativa os resultados de processos e desempenho em comparação com as equipes *ad hoc* (baixa estabilidade) (Salas et al., 2008). Na área de saúde, essa variável moderadora (tipo de estabilidade das equipes) precisa ser avaliada com mais cautela, pois existem contextos de atuação que promovem maior ou menor estabilidade da equipe. O residente, por exemplo, é um tipo de profissional de saúde que necessita realizar rodízios em diversas equipes e áreas para cumprir exigências curriculares da sua formação (Brown et al., 2016). A pandemia da covid-19 também configura outro exemplo em que as equipes tenderam a ter uma menor estabilidade, devido ao achatamento de hierarquias e à alta rotatividade de funcionários, em função da contaminação pelo coronavírus (Traylor et al., 2021).

A metanálise de Hughes et al. (2016) relatou efeitos positivos de treinamentos de habilidades socioafetivas na relação do profissional com os pacientes (maior compaixão e empatia) e

com outros colegas de trabalho (melhor trabalho em equipe, compaixão e empatia). No nível organizacional, também foram identificados resultados positivos, como a redução de erros, a redução de prescrições desnecessárias e o aumento do apoio psicossocial (Hughes et al., 2016).

Os resultados da referida metanálise também indicaram que os programas de treinamento baseados em um único método (transmissão de informação, demonstração ou prática) eram tão eficazes quanto os programas de treinamento baseados em mais de um método combinado. Embora a metanálise de Hughes et al. (2016) não tenha investigado o efeito do tamanho da amostra na eficácia dos treinamentos, tal como feito por Salas et al. (2008). Os autores avaliaram o efeito da composição das equipes de saúde. Os resultados indicaram não haver diferenças significativas na comparação entre os efeitos de treinamentos formados por (i) equipes interdisciplinares e não interdisciplinares, (ii) profissionais que atuam em unidades de assistência de alta e baixa complexidade e (iii) participantes com ou sem graduação completa em saúde (estudantes e profissionais) (Hughes et al., 2016).

O uso de simuladores de alta fidelidade física (robôs), nas intervenções de treinamento de habilidades não técnicas, não influenciou nos resultados de eficácia, o que indica que os simuladores podem não ser críticos, uma vez que só a fidelidade física viabilizada por um robô não é suficiente para criar um ambiente de trabalho realista. Dessa forma, para que esse tipo de treinamento possibilite uma simulação realística, ele deve ter fidelidade funcional, física e psicológica, que incluam situações do cotidiano que possam abarcar elementos interprofissionais das equipes e evocar emoções, atitudes e as HSA (Hughes et al., 2016). Esses resultados convergem com a revisão de literatura de Mata et al. (2021), que encoraja o uso de estratégias de simulação e dramatização durante os eventos instrucionais e pontua que a construção de cenários cada vez mais realísticos de treinamento na área de saúde contribuem para o aprimoramento de HSA de respeito e empatia.

A metanálise de Hughes et al. (2016) também apontou que programas de treinamento com ***feedbacks*** *s*ão menos eficazes (reação, aprendizagem, transferência e resultados) do que aqueles que não incluem *feedback.* No entanto, mais pesquisas, com outras amostras, precisam ser

realizadas para compreender, não só a presença e a influência do *feedback* durante as intervenções, mas também o tipo do *feedback* adotado (construtivo ou destrutivo) e a fonte desse *feedback* (avaliador externo, facilitador, gestor imediato, colega de trabalho) (Hughes et al., 2016).

Por fim, a revisão de literatura de Mata et al. (2021) apresenta resultados associados a duas variáveis não mencionadas pela outras duas metanálises (Hughes et al., 2016; Salas et al., 2008): carga horária e durabilidade dos efeitos dos treinamentos. Os resultados de Mata et al. (2021) indicaram que treinamentos com longa duração (≥20 h) e baseados em informação, demonstração e prática, geraram resultados mais efetivos, pois garantiram aos participantes tempo de reflexão sobre as habilidades de comunicação treinadas. Foi identificado também na revisão que a durabilidade dos efeitos do treinamento de comunicação, em médicos, foi de 6 a 15 meses. Os resultados em relação à durabilidade dos efeitos de treinamento podem também fornecer insumos importantes aos planejadores instrucionais, porém faz-se necessária uma investigação mais consistente na literatura, uma vez que existe, ainda, uma alta variabilidade na qualidade e no formato dos instrumentos de avaliação de efeitos de treinamento.

Os tipos de treinamentos e de métodos de ensino, publicados na literatura científica e apresentados acima, norteiam desenhistas instrucionais e educadores no processo de planejamento, construção, implantação e avaliação de novos eventos instrucionais compatíveis com as necessidades de aprendizagem identificadas. A escolha de métodos e materiais instrucionais adequados e alinhados às características do público-alvo e do contexto de aplicação do treinamento contribui para a geração de efeitos positivos na satisfação do aprendiz, na aprendizagem de competências ensinadas no treinamento, assim como nos comportamentos apresentados e nos resultados individuais, de equipe e organizacionais. O presente estudo se utiliza dos resultados e das recomendações da revisão de literatura e das metanálises acima descritas no processo de concepção e construção de três treinamentos de HSA e seus materiais instrucionais aplicáveis ao contexto de residência em saúde (com métodos de ensino distintos). A próxima seção descreve todas as etapas

do planejamento instrucional adotado, bem como os participantes envolvidos, procedimentos e instrumentos de coleta e de análise de dados.

Método

Este estudo segue uma abordagem investigativa descritiva, qualitativa e inspirada no paradigma pós-positivista (Creswell & Creswell, 2021; Levitt et al., 2018), pois propõe o planejamento de três tipos de treinamentos, com base em características e variáveis extraídas de teorias de desenho instrucional e resultados de metanálise (Abbad, Zerbini et al., 2006; Aguinis & Kraiger, 2009; Bell et al., 2017; Baldwin & Ford, 1988; Borges-Andrade et al., 2012; Ford et al., 2018; Goldstein & Ford, 2002; Hughes et al., 2016; Kraiger & Ford, 2020; Mata et al., 2021; Salas et al., 2008; Weaver et al., 2010). Serão apresentadas, inicialmente, as etapas utilizadas nesse processo de planejamento instrucional e, em seguida, serão descritos os participantes envolvidos, procedimentos e instrumentos de coleta de dados e procedimentos de análise de dados.

Etapas do planejamento instrucional

O planejamento dos treinamentos elaborados neste estudo foi baseado nas seis etapas do desenho instrucional propostas por Abbad et al. (2016) e nos cinco princípios instrucionais propostos por Kraiger e Ford (2020), conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1

Etapas de Planejamento Instrucional e Princípios Instrucionais

Etapas do planejamento instrucional Abbad et al. (2006)	**Princípios instrucionais Kraiger e Ford (2020)**
1. Redação dos objetivos - Transformar necessidades em objetivos; - Especificar componentes dos objetivos; - Avaliar qualidade dos objetivos; - Especificar níveis de análise dos objetivos. **2. Escolha de modalidade** - Analisar perfil dos aprendizes; - Avaliar e escolher alternativas. **3. Definição de sequência de conteúdos** - Classificar objetivos; - Definir sequência e conteúdos. **4. Criação/escolha de procedimentos** - Selecionar/criar situações de aprendizagem;	**1. Organização dos conteúdos** - Escolha de conteúdo coerentes e associados ao contexto do aprendiz; - Uso de organizadores avançados. **2. Otimização da sequência do material** - Nivelamento da complexidade e dificuldade; - Alternância de tipos de conteúdo e problemas. **3. Envolvimento do aluno na própria aprendizagem** - Integração de conhecimentos prévios aos conhecimentos novos; - Autorregulação de aprendizagem por meio de questionamentos;

- Escolher meios e recursos; - Preparar materiais. **5. Definição de critérios** - Transformar objetivos em critérios; - Criar medidas de avaliação de aprendizagem. **6. Teste de desenho** - Delinear a validação; - Avaliar o plano; - Ajustar o plano.	- Consolidação do conhecimento em memória de longo prazo. **4. Condução de uma prática eficaz** - Variação de prática; - Espaçamento da prática; - Recuperação: consolidação das respostas em um sistema representativo. **5. Reforço de conhecimentos adquiridos** - Conhecimento dos resultados (apresentação das respostas corretas; - *Feedback e Feedfoward;* - *Overlearning.*

As etapas e princípios listados acima, juntamente com o subsistema de avaliação de necessidades de treinamento, serão destacados em negrito nas próximas seções de participantes, instrumentos e procedimentos de coleta e de análise de dados.

Participantes

A construção dos treinamentos e de materiais instrucionais contou com a participação de profissionais de diferentes formações acadêmicas. Esses profissionais colaboraram no diagnóstico de necessidades de treinamento, na indicação de lacunas de aprendizagem de HSA predominantes, nas análises de conteúdo e semântica dos TJS, na confecção e no aprimoramento de materiais instrucionais (vídeos e *slides*), no teste-piloto da aplicação dos TJS e no teste do modelo das três versões dos treinamentos. Todos os participantes que aturaram neste estudo foram escolhidos por conveniência, acessibilidade e em função da sua *expertise* técnica em determinada etapa do trabalho.

Antes de iniciar o planejamento instrucional, foi realizada uma avaliação das lacunas de aprendizagem de HSA no trabalho colaborativo multiprofissional de residentes médicos e não médicos do primeiro ano. Esse diagnóstico foi realizado por meio de entrevistas conduzidas pela pesquisadora principal com 15 preceptores e residentes, de programas de residência médica e não médica, de um hospital universitário brasileiro. As entrevistas foram transcritas literalmente e analisadas de forma individual por 5 especialistas em avaliação de necessidade de treinamento. Em

seguida, esses especialistas realizaram um consenso em grupo para indicar as necessidades de aprendizagem mais predominantes extraídas de incidentes críticos relatados na entrevista.

Com base nas necessidades de treinamento identificadas, a pesquisadora principal, com a supervisão de sua orientadora de pesquisa, definiu os objetivos instrucionais e escolheu a modalidade dos treinamentos, o sequenciamento de conteúdos trabalhados nos três tipos de treinamento e a forma como eles seriam apresentados aos treinandos. Na etapa de elaboração dos materiais instrucionais, foi necessária a colaboração técnica de um pesquisador da área de *marketing*, que elaborou vídeos de animação baseados nos casos reais trazidos pelos (as) entrevistados (as) durante a primeira etapa do trabalho. Seis integrantes de um grupo de pesquisa foram convidados a participar da confecção dos vídeos como narradores dos casos e dubladores dos personagens. Um *designer* gráfico também contribuiu nessa etapa do trabalho, realizando aprimoramentos no *layout* dos *slides* dos treinamentos e confeccionando modelos de certificado de participação no treinamento (Apêndice S) e um *folder* de divulgação da pesquisa (Apêndice N).

Testes de julgamento situacional (TJS) também foram incluídos no material instrucional, com o intuito de avaliar a aprendizagem dos residentes antes e depois do treinamento. Esses testes foram construídos com base nas lacunas de aprendizagem de HSA identificadas nas entrevistas, e seus conteúdos foram submetidos a rodadas de validação semântica, com 9 especialistas em construção de instrumentos de avaliação, bem como de validações de conteúdo, com 17 profissionais de saúde. Foi realizado, ainda, um teste de equivalência de complexidade de conteúdos desses TJS com 37 profissionais de saúde de distintas formações.

Todos os três treinamentos construídos aliados aos seus materiais instrucionais (vídeos, *slides*, TJS, certificado de participação e folder de divulgação) foram apresentados a 8 especialistas em qualidade do desenho instrucional, com o objetivo de testar o modelo proposto de capacitação e realizar ajustes nos planos instrucionais. O princípio instrucional de “reforço dos conhecimentos adquiridos”, recomendado por Kraiger e Ford (2020), foi aplicado pela pesquisadora principal, por meio da reunião de artigos científicos (nacionais e internacionais) sobre HSA no trabalho

colaborativo em saúde em uma pasta no *Google Drive* e posterior compartilhamento com os residentes médicos e não médicos (público-alvo dos treinamentos) ao final da pesquisa. Foi encaminhado, também, aos residentes, os *slides* e vídeos do treinamento, bem como o *feedback* escrito das respostas às questões dos testes

A Tabela 2 sintetiza os participantes em cada etapa do presente estudo. A seguir serão detalhados os instrumentos e procedimentos de coleta de dados em cada uma dessas etapas.

Tabela 2

Participantes das Etapas do Estudo

Etapa do estudo	**Participante**
1 - Avaliação das lacunas de aprendizagem de HSA	Entrevistadora: Pesquisadora principal Entrevistados(as): - 1 residente médico; - 2 residentes multiprofissionais; - 4 preceptores de residência médica; - 8 preceptores de residência não médica/multiprofissional. Análise individual e consenso grupal sobre as demandas de aprendizagem: - 5 especialistas em avaliação de necessidades de treinamento (1 psicóloga, 1 administradora e 3 estudantes de psicologia).
2 - Redação dos objetivos	Pesquisadora principal e orientadora.
3 - Escolha de modalidade	Pesquisadora principal e orientadora.
3 - Seleção e organização de conteúdos	Pesquisadora principal e orientadora.
4 - Criação/escolha de procedimentos	Pesquisadora principal, orientadora, *designer* gráfico, pesquisador assistente (administrador/doutor em *Marketing*) e integrantes do grupo de pesquisa.
5 - Definição de critérios de aprendizagem	Construção da situação e questões do TJS: Pesquisadora principal e orientadora. Validação semântica dos TJS: - 9 especialistas em construção de instrumentos de avaliação (2 pedagogas, 1 psicóloga, 2 estudantes de psicologia, 3 administradores. Validação de conteúdo dos TJS: - 17 profissionais de saúde: 4 médicos (as), 3 enfermeiros (as), 2 psicólogos (as), 2 fisioterapeutas, 2 farmacêuticos (as), 1 cirurgião dentista, 1 fonoaudiólogo, 1 nutricionista e 1 técnica em enfermagem. Teste de equivalência de complexidade de conteúdos dos TJS: - 37 profissionais de saúde: 12 médicos (as), 8 enfermeiros (as), 5 psicólogos (as), 3 fisioterapeutas, 3 dentistas e 3 técnicos (as) de enfermagem, 2 farmacêuticos (as) e 1 terapeuta ocupacional.
6 - Teste do desenho	- 8 especialistas em qualidade do desenho instrucional (2 pedagogas, 2 psicólogas, 3 administradores e 1 *designer* gráfico).
7 - Reforço de conhecimentos adquiridos	- Pesquisadora principal.

Procedimentos e instrumentos de coleta de dados

Foram identificadas, inicialmente, as lacunas de aprendizagem de HSA de residentes médicos e não médicos, por meio de 15 entrevistas semiestruturadas realizadas com preceptores e residentes de um hospital universitário brasileiro. De acordo com os (as) entrevistados (as), as HSA apontadas como necessárias ao desenvolvimento do residente foram: (i) compreensão de papéis e responsabilidades dos integrantes da equipe, (ii) debate de opiniões com profissionais de distintas formações acadêmicas e (iii) tomada de decisão colaborativa na assistência ao paciente.

As necessidades de aprendizagem identificadas foram, portanto, transformadas em objetivos de aprendizagem pela pesquisadora principal e sua orientadora, com base nas estratégias de formulação de objetivos de Mager (1976). Os objetivos foram redigidos sob forma de desempenhos observáveis, incluindo condição e critério. Além disso, centraram-se nos desempenhos do participante e não na instrutora (Abbad et al., 2006). Foram utilizadas, também, na redação dos objetivos, as dimensões de aprendizagem e seus níveis de complexidade propostos na taxonomia de Bloom (1956), com o intuito de garantir que os objetivos educacionais estivessem centrados no desempenho do participante e não na instrutora. A dimensão da aprendizagem abarca três tipos: cognitivo, afetivo e psicomotor. A dimensão cognitiva inclui seis níveis de complexidade (conhecimento, compreensão, aplicação, análise, síntese e avaliação), a dimensão afetiva inclui cinco níveis (receptividade, resposta, valorização, organização e caracterização) e a dimensão psicomotora inclui cinco níveis (percepção, posicionamento, execução acompanhada, mecanização e domínio completo).

As necessidades de aprendizagem foram transformadas em um objetivo geral e seis objetivos específicos. O objetivo geral “Utilizar habilidades socioafetivas favoráveis ao trabalho colaborativo no contexto multiprofissional em saúde” pode ser classificado, predominantemente, nas dimensões de aprendizagem afetiva e cognitiva, conforme taxonomia de Bloom (1956). A Tabela 3 apresenta os objetivos específicos, suas dimensões de aprendizagem e níveis de complexidade.

Tabela 3

Objetivos de Aprendizagem de Acordo com a Taxonomia de Bloom (1956)

Objetivo de aprendizagem específico	**Dimensão do Processo Cognitivo**	**Nível de complexidade**
1. Identificar as interações socioafetivas geradas entre os integrantes da equipe multiprofissional no cotidiano do trabalho.	Cognitivo	Conhecimento
2. Distinguir tarefas e responsabilidades e papéis de cada integrante da equipe multiprofissional.	Cognitivo	Compreensão
3. Apoiar o trabalho colaborativo em equipe multiprofissional como recurso de melhoria do cuidado e segurança do paciente.	Afetivo	Valorização
4. Discutir falhas nas interações socioafetivas no trabalho e impactos no cuidado ao paciente.	Afetivo e Cognitivo	Valorização e Síntese
5. Propor soluções a partir do debate com os integrantes da equipe multiprofissional, de acordo com recomendações técnicas.	Afetivo e Cognitivo	Organização e Avaliação
6. Decidir sobre a assistência prestada ao paciente, de forma colaborativa, com os integrantes da equipe multiprofissional em saúde.	Afetivo e Cognitivo	Organização e Avaliação

A participação do público-alvo (residentes) no treinamento foi definida como voluntária, mediante acordo prévio com o coordenador do programa de residência. Os treinamentos foram planejados para acontecer em 1 hora e 30 minutos, em sessão única e sem espaçamento temporal. A escolha por essa carga horária reduzida deveu-se, inicialmente, ao fato da baixa disponibilidade de tempo dos residentes para participar de treinamentos de longa duração, uma vez que eles já cumprem uma carga horaria de 60 horas semanais exigida pelos programas de residência. Além disso, foi proposta uma carga horária com tempo equivalente ao de uma reunião de equipe, com o intuito de incentivar o planejamento de ações de educação interprofissional nesse tipo de espaço prático e dialógico. A modalidade de ensino *online*, escolhida para os treinamentos, também amplia oportunidades de interações socioafetivas e compartilhamento de informações com profissionais de outras regiões do país, fortalecendo práticas de colaboração por meio de redes de trabalho.

Em cumprimento à etapa de definição e sequenciamento de conteúdos instrucionais, foram consultados alguns treinamentos sobre HSA aplicáveis a equipes interprofissionais em saúde extraídos da literatura científica, como a versão 2.0 do Treinamento *TeamSTEPPS* (Lineberry et al., 2013*),* o Manual de Habilidade Sociais de Del Prette & Del Prette (2017), o Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais de Caballo (2003) e o *Team Training Essentials: A reserach-*

Based Guide de Salas (2015). Foram consultados os conteúdos desses treinamentos publicados na literatura, assim como os incidentes críticos trazidos pelos (as) entrevistados (as), que apontavam a falta dessas habilidades nas interações dos residentes com outros integrantes da equipe multiprofissional em saúde. O material teórico e as situações práticas serviram de insumo para a construção de três treinamentos sobre HSA no trabalho colaborativo de residentes no contexto multiprofissional em saúde e três TJS.

O Treinamento 1 foi planejado para ter um desenho prático e baseado em casos reais, trazidos pelos (as) entrevistados (as) na etapa de análise de necessidade de treinamento; o Treinamento 2 é teórico-prático e baseado na combinação entre transmissão de informação teórica, demonstração e prática, enquanto o Treinamento 3 é essencialmente teórico, baseado apenas em informação. Foram construídos, portanto, três treinamentos sobre HSA no trabalho colaborativo multiprofissional de residentes em saúde, constituídos pelos mesmos objetivos e características de desenho instrucional, com exceção do método.

Durante a construção dos treinamentos e dos materiais instrucionais, foram utilizados diversos *softwares* e programas de apoio, como o *Power Point* na confecção dos *slides*; o *site Getty Images* na seleção de figuras aderentes ao tema dos treinamentos e o programa *Powtoo*n na customização de vídeos de animação. Priorizou-se a seleção de imagens reais de profissionais de saúde, em momentos de interação com outros integrantes da equipe de trabalho, em ambiente hospitalar. Imagens de caricatura, que focassem exclusivamente em procedimentos clínicos em saúde e na relação profissional-paciente, foram excluídas.

Os vídeos, elaborados com o apoio de um pesquisador da área de administração/*marketing*, basearam-se em situações reais, extraídas do material transcrito das entrevistas, e foram integrados ao material instrucional dos treinamentos 1 (prático) e 2 (teórico-prático). Os personagens dos casos foram sorteados entre os seis integrantes de um grupo de pesquisa, convidados a participar da narração do caso e da dublagem de personagens. Cada integrante foi orientado pela pesquisadora principal a ler o trecho do caso que previa a participação do personagem sorteado e, em seguida,

gravar as falas do personagem, por meio de gravadores em aplicativos móveis ou áudios do aplicativo *WhatsApp*. As falas gravadas foram inseridas no programa *Powtoon* e sincronizadas aos momentos específicos de participação de cada personagem nas cenas de animação. Foram selecionados, no *Powtoon*, modelos de cenários de animação que reproduzissem áreas específicas do contexto hospitalar, como salas de cirurgia, ambulatórios e salas de reunião multiprofissional. Foram escolhidos personagens com características físicas que abrangessem diferentes gêneros e raças.

O uso de vídeos que apresentam interações socioafetivas reais e distintas entre integrantes de equipes multiprofissionais atende aos dois princípios instrucionais propostos por Kraiger e Ford (2020), "envolvimento do aprendiz no processo de aprendizagem" e "práticas eficazes", pois estimula a discussão em grupo acerca dos casos apresentados e integra os conhecimentos prévios dos participantes aos recém adquiridos. Os conteúdos instrucionais e as situações práticas ilustradas nos vídeos foram organizados e apresentados em uma sequência, de acordo com os níveis de complexidade e de dificuldade conceitual, com o intuito de facilitar a compreensão e o envolvimento do aprendiz no próprio processo de aprendizagem (Abbad et al., 2006; Kraiger & Ford, 2020). Além dos vídeos, foram confeccionados pela pesquisadora principal, com apoio de um *designer* gráfico, os *slides* de apresentação em *Power Point* para os três treinamentos, um modelo de certificado de participação e um *folder* de divulgação do treinamento.

Foram construídos três TJS, com o propósito de avaliar a aprendizagem do residente. Os testes foram compostos por dilemas práticos, trazidos pelos profissionais de saúde, durante a entrevista de análise de necessidades de treinamento, e por quatro perguntas abertas, que exigiam do respondente uma resolução do problema com proposição de melhorias para o caso. Esses testes foram planejados para os três tipos de treinamento e a consequente aplicação nos mesmos intervalos de tempo (T1 – pré-teste, T2 – pós-teste e T3 – *follow-up*). A primeira versão dos testes foi submetida a análises semânticas por 9 especialistas em construção de instrumento e análises de conteúdo por 17 profissionais de saúde de distintas formações acadêmicas. Outros 37 profissionais

de saúde participaram de uma aplicação-piloto dos TJS, com o intuito de testar a equivalência da complexidade de conteúdos e subsidiar a criação de critérios de correção e pontuação (gabarito).

Para testar o modelo dos três desenhos instrucionais (prático, teórico-prático e teórico), foi realizada uma aplicação-piloto dos treinamentos, em dois momentos distintos, com oito especialistas em avaliação de TD&E, sendo 2 pedagogas, 2 psicólogas, 3 administradores e 1 *designer* gráfico. Esses especialistas foram escolhidos por possuírem experiência com avaliação da qualidade instrucional de programas educacionais.

O teste do modelo dos treinamentos foi realizado na plataforma Zoom (*online* síncrona) pela instrutora que conduziu os três treinamentos (pesquisadora principal). O objetivo desta etapa foi, sobretudo, verificar o alinhamento entre os conteúdos e objetivos instrucionais, a pertinência das informações e dos exemplos mencionados, a organização dos conteúdos, a didática da instrutora e o *layout* dos treinamentos. Os especialistas registraram, em geral, observações positivas acerca da qualidade instrucional (carga horária compatível com os conteúdos apresentados, quantidade, relevância e sequenciamento de conteúdos, *layout* dos *slides*, pertinência dos vídeos de animação e linguagem apropriada da instrutora) e recomendações para melhorias, as quais foram incorporadas, posteriormente, aos treinamentos (inclusão de mais exemplos práticos na etapa de exposição oral, redução do tempo previsto para o *rapport* entre instrutor e participantes no início do treinamento e redução da quantidade de conteúdos em alguns *slides).*

Um último aspecto previsto nos planos instrucionais dos treinamentos é o envio de material didático (*slides,* vídeos do treinamento e uma pasta com artigos sobre HSA no trabalho colaborativo), aos participantes, após o preenchimento do último teste (T3 – *follow-up.*), bem como o *feedback* escrito das respostas às questões dos testes. Esta ação de reforço dos conhecimentos adquiridos aumenta as chances de retenção e generalização dos conteúdos e a aplicação das HSA no trabalho do residente (*overlearning*) (Kraiger & Ford, 2020).

Procedimento de análise dos dados

O conteúdo transcrito das entrevistas de avaliação de lacunas de aprendizagem de HSA foi analisado por 5 especialistas, em duas etapas, sendo a primeira individual e a segunda por consenso. O *corpus* de transcrição foi apresentado, na íntegra, aos especialistas, que realizaram leitura flutuante de todo o material e foram orientados a extrair as HSA e as situações nas quais essas habilidades foram descritas (incidentes críticos) (Hamui-Sutton et al., 2015), a partir de categorias *a priori*. Os conteúdos foram codificados, agrupados e, posteriormente, submetidos a uma análise de frequências, que indicou as lacunas de aprendizagem de HSA mais predominantes (Bardin, 2011; Hamui-Sutton et al., 2015).

A partir das lacunas de HSA identificadas na análise de necessidades de treinamento, foram consultados os treinamentos de HSA publicados na literatura e, em seguida, extraídos os conteúdos, os exemplos e as recomendações conceituais, bem como as práticas compatíveis com o contexto de trabalho do residente relatado nas entrevistas. A pesquisadora principal e a orientadora analisaram os tipos de conteúdo extraídos dos treinamentos de HSA e os organizaram em três subseções: (i) introdução, na qual são apresentados os conceitos e as perguntas reflexivas sobre as HSA no trabalho colaborativo em saúde; (ii) desenvolvimento, parte em que são apresentados os conceitos mais específicos das três HSA trabalhadas no treinamento. Nesta subseção, estão previstas as atividades práticas e interativas (exposição de vídeo e discussão em grupo), com exceção da versão do treinamento baseada somente em transmissão de informação (Treinamento 3). Por fim, na subseção (iii) considerações finais, são realizadas sínteses dos principais pontos abordados no treinamento, assim como recomendações gerais da pesquisa. A escolha por essas subseções auxiliou as pesquisadoras na organização de conteúdos equivalentes em versões de treinamentos com diferentes métodos de ensino. Uma tabela com a equiparação desses conteúdos será apresentada mais adiante, na seção de resultados.

O conteúdo dos três TJS foi submetido, inicialmente, a análises semânticas em um *workshop* com 9 especialistas em instrumentos de avaliação de treinamentos. Esses especialistas leram cada TJS e discutiram em trios sobre as sugestões de aprimoramento na redação dos casos e nas

perguntas abertas, bem como a exclusão de trechos que dificultavam a compreensão do caso. Os três trios de especialistas foram orientados, ainda, a identificar nos casos as três lacunas de aprendizagem de HSA, trabalhadas no treinamento, com o intuito de verificar, de forma preliminar, uma equivalência entre conteúdos nos testes. Após essa primeira análise, foram encaminhados os TJS para 17 profissionais de saúde de diferentes formações e áreas de atuação, com o objetivo de checar a pertinência prática dos casos, assim como a linguagem técnica utilizada. Os profissionais realizaram a análise de conteúdo dos TJS, recomendaram o ajuste de termos e procedimentos técnicos em saúde e acrescentaram elementos do quadro clínico do paciente para tornar a descrição da cena mais realista.

Após ajustes na primeira versão dos TJS, foi realizada uma aplicação-piloto com 37 profissionais de saúde, com o intuito de testar a equivalência da complexidade dos conteúdos. As respostas aos TJS foram corrigidas pela pesquisadora principal e sua orientadora e submetidas a análises estatísticas descritivas (média, desvio padrão, valores mínimos e máximos). Em seguida, foi realizada uma análise estatística inferencial dos resultados do teste Wilcoxon (pareamento de amostras dependentes), com o intuito de avaliar se havia diferença significativa entre as médias dos escores dos participantes nas mesmas questões/itens em versões diferentes de TJS. O teste Wilcoxon foi adotado, em virtude de os dados não apresentarem normalidade. Foi adotado o nível de significância estatística de $p < 0,05$ (Tabachnick & Fidell, 2013).

O teste dos modelos de treinamentos e dos seus materiais foi realizado, via plataforma Zoom, por 8 especialistas em avaliação da qualidade instrucional. Eles realizaram, inicialmente, um registro escrito individual, enquanto assistiam aos treinamentos (*online* síncrona) ministrados pela instrutora (pesquisadora principal). Os especialistas expuseram suas recomendações de melhoria no decorrer da apresentação dos treinamentos. Como o treinamento foi gravado pela plataforma *Zoom*, foi possível que a pesquisadora revisitasse o material e incorporasse as sugestões feitas pelos especialistas. No entanto, não foi possível testar a carga horária do treinamento, em decorrência das interrupções dos especialistas ao longo da explanação da instrutora. A instrutora incorporou apenas

as sugestões consensuadas pelos especialistas, como: a inclusão de mais exemplos práticos na etapa de exposição oral da instrutora, redução do tempo previsto para o *rapport* (apresentação da instrutora e dos participantes) no início do treinamento e a redução da quantidade de conteúdos em alguns *slides.*

Resultados

O cumprimento das etapas de planejamento instrucional, descritas na seção anterior, possibilitou a construção de três treinamentos de HSA, baseado em métodos distintos: (i) treinamento prático com *feedback* da instrutora, (ii) treinamento teórico-prático baseado em informação, demonstração e prática e (iii) treinamento teórico baseado em informação. Nesta seção, serão apresentados (no corpo do texto ou em apêndice) o material de apoio ao planejamento instrucional, os três planos instrucionais, as três versões de treinamentos, assim como seus materiais instrucionais (vídeos, perguntas indutoras para a discussão em grupo, expectativas de respostas na discussão em grupo e TJS aplicados para avaliar a aprendizagem dos participantes). A Tabela 4 mostra elementos relevantes ao planejamento instrucional, com base em resultados de estudos teóricos e empíricos de desenho instrucional citados, anteriormente, neste trabalho.

Tabela 4

Tópicos de Apoio ao Planejamento Instrucional

1. Descrição da necessidade educacional *Necessidades Críticas:* -Incompreensão de papéis e responsabilidades dos integrantes da equipe multiprofissional. -Ausência de diálogo/debate colaborativo com profissionais de outras profissões. -Dificuldade na tomada de decisão conjunta na assistência ao paciente. *Necessidades Importantes:* -Descontinuidade das tarefas dos integrantes da equipe. -Interrupção do atendimento prestado pelo colega de equipe.
2. Público-alvo: residentes médicos e não médicos do primeiro ano de hospitais universitários.
3. Justificativa para desenvolvimento da ação educacional: A adoção de habilidades socioafetivas em contextos multiprofissionais em saúde favorece: - O trabalho colaborativo das equipes de residentes e profissionais; - A assistência prestada ao paciente/usuário/cliente; - A aprendizagem prática de residentes e dos profissionais em saúde (formação permanente); - Redução de erros em procedimentos clínicos e assistenciais em decorrência de falhas de comunicação e interpretação.

4. Objetivo Geral: Utilizar habilidades socioafetivas favoráveis ao trabalho colaborativo no contexto multiprofissional em saúde.
5. Objetivos específicos: - Identificar as interações socioafetivas geradas entre os integrantes da equipe multiprofissional no cotidiano do trabalho. - Distinguir tarefas, responsabilidades e papéis de cada integrante da equipe multiprofissional. - Apoiar o trabalho colaborativo em equipe multiprofissional como recurso de melhoria do cuidado e segurança do paciente. - Avaliar situações problema e falhas nas interações socioafetivas no trabalho com foco no cuidado e segurança do paciente. - Propor soluções a partir do debate com os integrantes da equipe multiprofissional, de acordo com recomendações técnicas. - Decidir sobre a assistência prestada ao paciente, de forma colaborativa, com os integrantes da equipe multiprofissional em saúde.
6. Método do treinamento: a) Treinamento prático baseado em *feedback* ao participante. b) Treinamento teórico-prático baseado em informação, demonstração e prática. c) Treinamento teórico baseado em informação.
7. Modalidade da ação educacional: *online* síncrona – Plataforma *Zoom*.
8. Tipo de instrutor: externo (pesquisadora principal).
9. Espaçamento temporal: massificado (sessão única de treinamento, sem espaçamento de tempo)
10. Tipo de participação: voluntária.

Fonte: Abbad et al. (2006); Baldwin e Ford (1988); Ford et al. (2018); Hughes et al. (2016); Mata et al. (2021); Salas et al. (2008); Weaver et al. (2010).

Os dez tópicos de apoio ao planejamento instrucional, descritos na Tabela 4, mostram uma primeira vinculação entre as necessidades de aprendizagem de HSA, mapeadas em entrevistas e os elementos do desenho instrucional. Essa tabela norteou a busca e a seleção de conteúdos sobre as três HSA indicadas como lacunas de aprendizagem ((i) incompreensão de papéis e responsabilidades dos integrantes da equipe multiprofissional, (ii) ausência de diálogo/debate colaborativo com profissionais de outras profissões e (iii) dificuldade na tomada de decisão conjunta na assistência ao paciente), os quais foram organizados, sequenciados e divididos em subseções de introdução, desenvolvimento e considerações finais, nas três versões de treinamento, conforme apresentado na Tabela 5.

Tabela 5

Escopo dos Treinamentos

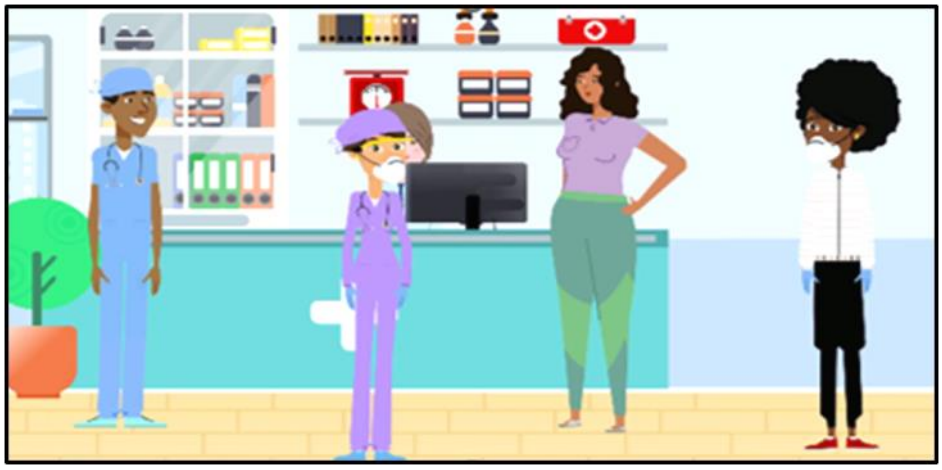
TREINAMENTO 1: **Prático com *feedback***	**TREINAMENTO 2:** **Teórico-Prático baseado em informação, demonstração e prática**	**TREINAMENTO 3 [2]** **Teórico baseado em informação**
INTRODUÇÃO: Pré-teste (T1); -Apresentação dos objetivos do treinamento; - Combinados instrutor-participante. DESENVOLVIMENTO: - Exposição do vídeo do caso 1; -Perguntas indutoras; -Discussão entre os participantes; -Simulação da resolução do caso; [1] -Discussão entre os participantes sobre a simulação; - *Feedback* da instrutora e associação com as principais habilidades socioafetivas trabalhadas no caso; - Exposição do vídeo do caso 2; - Perguntas indutoras; - Discussão entre os participantes; - *Feedback* da instrutora e associação com as principais habilidades socioafetivas trabalhadas no caso; - Simulação da resolução do caso [1]; - Discussão entre os participantes sobre a simulação; - Recomendações gerais. CONSIDERAÇÕES FINAIS: - Fechamento (benefícios do uso de habilidades socioafetivas no trabalho colaborativo); - Orientações pós-teste (T2 e T3).	INTRODUÇÃO: Pré-teste (T1); -Apresentação dos objetivos do treinamento; - Combinados instrutor-participante. DESENVOLVIMENTO: - HSA: conceito, importância e aplicação e impactos; - Portfólio de HSA básicas; - Habilidades socioafetivas aplicadas no contexto de saúde; - Compreensão de papéis e responsabilidades; - Debate de opiniões; - Tomada de decisão colaborativa. - Exposição do vídeo do caso 1; - Perguntas indutoras; - Discussão entre os participantes; - *Feedback* da instrutora e associação com as principais habilidades socioafetivas trabalhadas no caso; - Recomendações gerais. CONSIDERAÇÕES FINAIS: - Fechamento (benefícios do uso de habilidades socioafetivas no trabalho colaborativo); - Orientações pós-teste (T2 e T3).	INTRODUÇÃO: Pré-teste (T1); -Apresentação dos objetivos do treinamento; - Combinados instrutor-participante. DESENVOLVIMENTO: - HSA: conceito, importância e aplicação e impactos; - Portfólio de habilidades sociais básicas; - Habilidades socioafetivas aplicadas no contexto de saúde; - Compreensão de papéis e responsabilidades; - Debate de opiniões; - Tomada de decisão colaborativa; - Recomendações gerais. CONSIDERAÇÕES FINAIS: - Fechamento (benefícios do uso de habilidades socioafetivas no trabalho colaborativo); - Orientações pós-teste (T2 e T3).

O Treinamento 1 possui um formato prático, com foco na discussão de situações reais, vivenciadas por residentes no contexto multiprofissional em saúde. Os 16 *slides* que o compõem, elaborados no *Power Point*, estão disponíveis no Apêndice K. Foi aplicado, inicialmente, o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) da pesquisa e o pré-teste de julgamento situacional (Apêndice D) e, em seguida, foram apresentados alguns acordos de participação na capacitação (por exemplo, deixar a câmera aberta ao longo do treinamento), os objetivos e os conceitos das HSA que seriam trabalhados.

Na sequência, foram apresentadas aos participantes, por meio de vídeos, duas situações envolvendo a interação socioafetiva dos integrantes da equipe multiprofissional, que impactam negativamente na qualidade da assistência prestada ao paciente. O primeiro vídeo descreve a condução de duas equipes multiprofissionais, diante de uma paciente que desiste de fazer uma cirurgia após três remarcações.

Figura 1

Vídeo 1 – Paciente Maria Eduarda



Nota. Para acessar, clique aqui: *link* de acesso

O caso mostra diversos problemas na interação entre os integrantes de duas equipes multiprofissionais (ambulatorial e cirúrgica) e evidencia lacunas de aprendizagem em HSA

trabalhadas no treinamento. A Tabela 6 apresenta as perguntas que foram realizadas aos residentes após a exposição do vídeo e as expectativas de respostas.

Tabela 6

Perguntas Norteadoras e Expectativa de Resposta – Vídeo 1

a) Descreva como os comportamentos apresentados pelos profissionais das duas equipes (ambulatorial e cirúrgica) contribuíram para Maria Eduarda desistir da cirurgia. • *Incompreensão de papéis* A Ivana ao não atuar junto à paciente, alegando "já ter conversado demais" e passando a responsabilidade "de volta" para o médico ou psicólogo – como se eles tivessem o mesmo papel. • *Falta de debate de opiniões* Sergio (médico): ao dizer "Resolvam!!!", ou seja, não se colocou à disposição para ajudar na solução. Não teve empatia com a paciente, nem a recepcionou adequadamente. • *Tomada de decisão individualizada* Sergio (médico): ao delegar a resolução para outros profissionais de maneira autoritária. "Ela tem que fazer a cirurgia hoje!" Isa: recomendar a desistência sem qualquer discussão.
b) Explique como os profissionais das duas equipes poderiam ter atuado para evitar situações como a de Maria Eduarda. • Reuniões multiprofissionais entre as equipes com uma maior frequência para entendimento do papel de cada um para uma assistência mais colaborativa ao paciente. • Maior alinhamento e comunicação entre os integrantes, sobretudo, em casos como o de Maria Eduarda. A equipe cirúrgica poderia ter sido apresentada a paciente em um momento prévio ao dia da cirurgia. • Atuação conjunta das duas equipes (ambulatorial e cirúrgica). • Maior apoio da equipe ambulatorial no momento de desistência da paciente, uma vez que todos os integrantes tiveram contato com a paciente em avaliações individuais, ou seja, já havia um vínculo com essa equipe.
c) Tendo em vista as soluções apontadas, como você conversaria com seus colegas de equipe (ambulatorial) para evitar que novos casos como o da paciente Maria Eduarda aconteçam? • Escolher local reservado para reunião com a equipe (todos devem participar). • Reconhecer o problema (foco no paciente). • Nomear e definir a situação. • Identificar comportamentos de si e dos outros associados à manutenção ou solução do problema (não apontar culpados). • Propor alternativas de solução, escolher e implementar (escutar todos os integrantes). • Monitorar e avaliar (plano de ação, realinhamento, criação ou adaptação de protocolos e treinamentos, se for o caso).

Após as discussões associadas ao diagnóstico e à solução do problema apresentado no Vídeo 1, a instrutora convida os participantes a simularem, em poucos minutos, como seria uma reunião multiprofissional da equipe para a resolução do caso. Essa simulação é gravada e, posteriormente, apresentada aos participantes para uma avaliação sobre o desempenho e a elaboração de sugestões sobre o que fariam de diferente na cena. Em seguida, a instrutora apresenta o segundo vídeo, que

envolve a decisão de uma equipe multiprofissional sobre a elegibilidade de uma paciente ao tratamento de câncer.

Figura 2

Vídeo 2 – Paciente Sra. Vivian



Nota. Para acessar, clique aqui: link de acesso

O caso da Sra. Vivian apresenta problemas na interação entre profissionais de uma equipe, durante uma reunião multiprofissional. Os integrantes não conseguem estabelecer um diálogo assertivo, aparentam desconhecer as profissões dos colegas de equipe e não conseguem tomar uma decisão colaborativa em relação a elegibilidade da paciente ao tratamento. Dessa forma, o caso também evidencia lacunas de aprendizagem nas três habilidades trabalhadas no treinamento e estimula os participantes à realização de uma discussão e à posterior sugestão de resoluções focadas na segurança e no cuidado da paciente. A Tabela 7 apresenta as perguntas que foram realizadas aos residentes após a exposição do vídeo e as expectativas de respostas.

Tabela 7

Perguntas Norteadoras e Expectativa de Resposta - Vídeo 2

a)	Descreva como os comportamentos apresentados pelos profissionais da equipe contribuíram para uma tomada de decisão precipitada sobre o caso da Sra. Vivian? • *Incompreensão de papéis* O médico não acha importante aguardar os demais integrantes da equipe chegarem para iniciar a reunião. Restrição do papel do Assistente Social e das demais avaliações individuais dos integrantes da equipe multiprofissional. • *Falta de debate de opiniões* Integrantes da equipe não escutam a opinião dos demais colegas (ex.: psicólogo). Postura inadequada e pouco assertiva no momento de discordância de opinião. • *Tomada de decisão individualizada* O debate interprofissional prévio à tomada de decisão é desconsiderado pelo médico.
b)	Explique como os profissionais da equipe poderiam ter atuado para evitar situações como a da Sra. Vivian. • Escutar a opinião e avaliações individuais dos integrantes da equipe (todas as opiniões são importantes: ex.: não deixaram o psicólogo nem explicar o que seriam estratégias de enfrentamento). • Foco no paciente: escutar a paciente!
c)	Tendo em vista as soluções apontadas, como você conversaria com os colegas da sua equipe para evitar que novos casos como o da paciente Sra. Vivian aconteçam? Descreva **o que** você falaria para a equipe e **como** seria o diálogo. • Escolher local reservado para reunião com a equipe (todos devem participar). • Reconhecer o problema (foco no paciente). • Nomear e definir a situação. • Identificar comportamentos de si e dos outros associados à manutenção ou solução do problema (não apontar culpados). • Propor alternativas de solução, escolher e implementar (escutar todos os integrantes). • Monitorar e avaliar (plano de ação, realinhamento, criação ou adaptação de protocolos e treinamentos, se for o caso).

A instrutora deve estimular os participantes a responder às perguntas apresentadas na Tabela 7 e, em seguida, propor novamente uma simulação da resolução do caso. A simulação também deve ser gravada e apresentada, na sequência, aos participantes, para discussão sobre possíveis modificações de conduta. A instrutora deve realizar, também, *feedbacks* sobre as simulações realizadas pelos participantes, com base nas HSA favoráveis ao trabalho colaborativo em saúde.

Ao final, a instrutora deve orientar e realizar recomendações pontuais sobre a importância de um repertório de HSA no trabalho multiprofissional em saúde e instruir os participantes sobre a aplicação do segundo TJS (pós-teste) (Apêndice E) e do terceiro (*follow-up*) (Apêndice F), que será enviado após um mês da realização do treinamento. Após responder o terceiro TJS, o participante receberá seu certificado de participação, juntamente com o material didático do treinamento.

O Treinamento 2 possui um formato teórico-prático, com uso de exposição oral dialogada sobre conceitos teóricos das três HSA, apontadas como lacunas de aprendizagem no trabalho colaborativo realizado pelos residentes médicos e não médicos. De igual maneira, foi prevista a aplicação do TCLE e do pré-teste. Além da parte conceitual sobre HSA em saúde, a instrutora deve citar exemplos práticos da rotina assistencial, que ilustrem possíveis barreiras ao trabalho colaborativo multiprofissional; apresentar uma situação prática, por meio de vídeo (Caso 1) e discutir, brevemente, com os participantes, sobre os elementos relacionados ao diagnóstico e à resolução do problema exposto, com base nas três HSA trabalhadas.

Ao final, a instrutora deve realizar recomendações pontuais sobre a importância de um repertório de HSA no trabalho multiprofissional em saúde. O treinamento, composto por 37 *slides* elaborados no *Power Point,* está disponível no Apêndice L. Da mesma forma que o treinamento prático, a instrutora deve apresentar, no início, os acordos de participação e objetivos da capacitação e encerrar fornecendo instruções sobre o preenchimento do outros dois testes situacionais (T2 – pós-teste e T3 – *follow-up*).

O Treinamento 3 possui um formato essencialmente teórico, baseado em informação sobre as três HSA identificadas como lacunas de aprendizagem nos residentes. O treinamento segue o mesmo formato da introdução e conclusão dos outros dois treinamentos, porém na seção de desenvolvimento há baixa interatividade entre a instrutora e os participantes e um foco na transmissão de informações prescritivas acerca do tema do treinamento. O treinamento, composto por 35 *slides*, elaborados no *Power Point,* está disponível no Apêndice M.

Discussão

O planejamento de treinamentos sobre HSA, com métodos distintos, possibilita análises comparativas sobre os efeitos gerados no comportamento do indivíduo, das equipes e de organização. A metanálise de Hughes et al. (2016) indicou que, tanto os treinamentos baseados em uma única estratégia de ensino, quanto aqueles baseados em mais de uma estratégia, são eficazes. No entanto, no mesmo estudo, os autores recomendam novas pesquisas que comparem, de forma sistemática, o efeito dessa variável do desenho instrucional.

De acordo com Hughes et al. (2016), simuladores de alta fidelidade (ex.: robôs) não são imprescindíveis para a eficácia de treinamentos sobre habilidades não técnicas. Os autores ressaltam que, nesse tipo de treinamento, é mais importante a fidelidade psicológica e não a física. Essa informação contribuiu para a inclusão de elementos realísticos na elaboração dos treinamentos, a exemplo da descrição das emoções, dos comportamentos e das reações dos personagens nos vídeos, e testes situacionais e dos elementos socioafetivos, presentes no cenário da situação-problema apresentada, como o nível de estresse da equipe e prejuízos na assistência ao paciente.

O detalhamento desses elementos de fidelidade psicológica (Hughes et al., 2016), é ainda mais necessário quando o treinamento ocorre na modalidade *online*. Os casos apresentados nos vídeos e nos testes situacionais convocam o residente participante a se colocar no lugar dos personagens e dos integrantes de equipe e apresentar soluções para o problema descrito. Cabe destacar, que todas as situações inseridas no escopo dos treinamentos são reais e oriundas de entrevistas com profissionais de saúde. O uso de vídeo reflexivo etnográfico (Carroll & Mesman,

2018) em treinamentos práticos também contribui para criar essa fidelidade psicológica dos cenários real e clínico vivenciados por uma equipe de saúde.

A presença do *feedback* da instrutora, no treinamento baseado em prática, converge com as recomendações de estudos empíricos sobre eficácia e efetividade de treinamentos baseados em metodologias ativas de aprendizagem e diverge dos resultados da metanálise de Hughes et al. (2016), que apontam menos eficácia dos treinamentos que incluem *feedbacks.*

Os TJS foram incluídos no planejamento dos treinamentos, corroborando os estudos da literatura, que enfatizam a importância de avaliar a aprendizagem dos participantes antes e depois do treinamento. A variável aprendizagem também tem um papel crucial na área de saúde, pois é considerada preditora de resultados organizacionais relativos à assistência ao paciente.

Os três testes e os dois vídeos, customizados para os treinamentos, descreveram situações do cotidiano laboral das equipes multiprofissionais em saúde, que abarcaram as três HSA identificadas como lacunas de aprendizagem nos residentes. As três habilidades integraram os conteúdos dos testes e vídeos de forma equivalente, porém houve uma variabilidade nos contextos em que essas situações foram descritas (ex.: unidade de terapia intensiva, ambulatório, unidade de internação, centro cirúrgico e sala de reunião clínica), de forma a possibilitar generalização da aprendizagem. Esse resultado atende a um dos princípios instrucionais de Kraiger e Ford (2020), que estimula a variação das situações e dos casos apresentados aos participantes, para generalização da aprendizagem e, neste caso, fortalecimento do repertório de HSA favoráveis ao trabalho colaborativo.

Os princípios instrucionais e as etapas de planejamento fazem parte de proposições empiricamente apoiadas (Abbad et al., 2006; Kraiger & Ford, 2020), que norteiam o desenho e a entrega de treinamentos eficazes. A aplicação desses princípios gera resultados específicos de aprendizagem, pois influencia a forma como o treinamento é estruturado e como os participantes interagem com o material instrucional. Durante a elaboração dos três treinamentos, os conteúdos instrucionais foram organizados e selecionados, conforme o perfil de aprendizagem de adultos.

Foram utilizados, portanto, organizadores gráficos associados a conceitos-chave do treinamento, assim como objetivos e conteúdos aderentes à realidade do trabalho do residente.

O sequenciamento dos conteúdos instrucionais também foi um princípio atendido no planejamento dos treinamentos, pois foram apresentados, inicialmente, conteúdos mais simples e conceituais e, em seguida, exigido o uso de habilidades mais complexas, como a de avaliação e solução de dilemas socioafetivos entre integrantes de uma equipe. Os treinamentos que adotaram um formado prático e teórico prático também atenderam ao princípio instrucional de envolvimento dos participantes nas situações de aprendizagem, pois incluíram oportunidade de discussão e compartilhamento de informações, entre os participantes, acerca da situação-problema apresentada.

De acordo com Kraiger e Ford (2020), o benefício da aprendizagem prático já é algo consensuado e consolidado na literatura científica de TD&E, uma vez que o envolvimento do participante no evento instrucional potencializa os resultados de aprendizagem, pois possibilita automonitoramento e autoavaliação acerca do progresso e do alcance dos objetivos de aprendizagem.

O planejamento de três treinamentos de HSA na modalidade *online* (síncrona), para residentes médicos e não médicos de diferentes hospitais universitários, reduz uma lacuna na literatura científica, uma vez que grande parte das ações de educação, descritas em estudos empíricos, ocorrem de forma presencial, em cenários reais ou simulados na área de saúde. As medidas de distanciamento social, impostas durante a pandemia da covid-19, estimularam a criação de mais treinamentos na modalidade *online*, sobretudo em programas de residência em saúde e educação continuada.

A adoção dessa modalidade em ações de TD&E amplia as possibilidades de trabalho colaborativo em rede, na assistência ao paciente e fortalece o compartilhamento de conhecimentos, experiências e práticas laborais entre residentes e profissionais de diferentes regiões geográficas. A proposta de uso de vídeo reflexivo etnográfico em um treinamento *online* também contribui para

gerar novos resultados de pesquisa, uma vez que, a maior parte dos estudos que adota esse formato metodológico de vídeo ocorre na modalidade presencial. Outra contribuição científica do estudo, foi o detalhamento de moderadores de eficácia de treinamento, segundo Baldwin e Ford (1988) como as estratégias de ensino, a especificação dos objetivos de aprendizagem, os conteúdos e exemplos utilizados nos treinamentos, a plataforma utilizada para sua implementação, dentre outras características do desenho instrucional. De acordo com Hughes et al. (2016), essas características geralmente não são relatadas de forma detalhada nos periódicos de saúde que publicam estudos de treinamento da equipe.

Não foi possível realizar o teste dos desenhos instrucionais com um perfil de participantes equivalente ao público-alvo dos treinamentos (residentes médicos e não médicos), conforme recomendado por Abbad et al. (2006). No entanto, o teste dos desenhos instrucionais, realizado com especialistas em avaliação de programas, contribuiu para validar os materiais (*slides e* vídeos), os conteúdos, as situações de aprendizagem (testes), a didática da instrutora, a plataforma de videoconferência (*Zoom*). Não foi possível, porém, testar a carga horaria dos três tipos de treinamento, previstos para realizarem-se em 1 hora e 30 minutos. O delineamento deste estudo não incluiu a descrição da implementação dos treinamentos e da avaliação (em nível de reação e de transferência de treinamento), o que impossibilitou a análise de efetividade dos treinamentos e as associações com os desempenhos esperados identificados na análise de necessidades.

Considerações finais

O estudo descreveu etapas do planejamento de três treinamentos de HSA no trabalho colaborativo e multiprofissional de residentes em saúde do primeiro ano e seus respectivos materiais instrucionais, sendo um com formato teórico-prático, baseado em transmissão de informação, demonstração e prática, e outro com formato prático, baseado em *feedbacks* da instrutora. Todos os treinamentos, com participação voluntária e carga horária 1 hora e 30 minutos, foram realizados na modalidade *online* (plataforma Zoom) por um instrutor externo (pesquisadora principal) e tinham os mesmos objetivos (geral e específicos). Os treinamentos foram elaborados

com base em teorias instrucionais, metanálise e percepções extraídas de entrevistas de 15 profissionais de saúde, acerca das lacunas de aprendizagem dos residentes em HSA favoráveis ao trabalho colaborativo em saúde.

A apresentação detalhada do planejamento dos treinamentos e a construção dos seus materiais fornecem insumos importantes ao campo de educação interprofissional e aos desenvolvedores instrucionais sobre características do desenho, da entrega e da implementação de treinamentos específicos em saúde (Pitout et al., 2022). O estudo apresentou, de forma detalhada, as etapas da construção dos treinamentos/materiais instrucionais e sua vinculação com a análise de necessidades de treinamento. Esses resultados podem subsidiar novos estudos empíricos nos quais características do planejamento instrucional sejam investigadas e testadas em outros contextos da área de saúde.

Manuscrito 6: Quase experimento de avaliação de treinamentos de habilidades socioafetivas para residentes em saúde

Resumo

Este estudo buscou avaliar os efeitos de dois métodos de treinamentos de habilidades socioafetivas (HSA) sobre a aprendizagem de residentes em saúde. O estudo é teórico-empírico, de abordagem mista, qualitativa e quase experimental, com dois grupos de tratamento e aplicação de medidas de avaliação de HSA em três momentos no tempo: pré-teste e dois pós-testes. Foi realizada, inicialmente, uma avaliação das demandas de aprendizagem de HSA em residentes médicos e não médicos do primeiro ano, que norteou a construção de dois treinamentos de HSA *online*, com métodos de ensino distintos e três testes de julgamento situacional (TJS). O Grupo Experimental 1, formado por 10 residentes, recebeu treinamento prático, baseado em discussão de casos. O Grupo Experimental 2, com 7 residentes, recebeu treinamento teórico-prático, baseado em transmissão de informações teóricas seguida de discussão de caso. Para avaliar a aprendizagem, os residentes responderam questões de TJS, aplicados em momentos distintos (T1 – antes do treinamento, T2 – imediatamente após e T3 – um mês após o treinamento). Os resultados indicaram que os escores de aprendizagem aumentaram no pós-teste T2 dos dois grupos experimentais, porém decaíram um mês após a intervenção. A comparação entre os dois grupos mostrou que os escores dos residentes que participaram do treinamento teórico-prático (G2) foram mais elevados no pós-teste T2 do que daqueles que participaram do treinamento prático (G1). A curta duração dos dois treinamentos está provavelmente associada ao decaimento da aprendizagem ocorrida nos dois grupos. A combinação de métodos foi mais eficaz do que a adoção de uma única estratégia educacional, confirmando resultados de pesquisas anteriores. Dentre as limitações do estudo, estão a falta de grupo controle e o número reduzido de participantes dos dois grupos experimentais. Os resultados trazem contribuições para a melhoria de treinamentos em HSA para residentes da área de saúde.

Palavras-chave: treinamento em habilidades socioafetivas, testes de julgamento situacional, aprendizagem, residentes médicos e não médicos.

Introdução

De acordo com informações extraídas de estudos científicos e relatórios técnicos da área de saúde, de 3 a 16% das pessoas irão experimentar, em algum momento, um evento adverso ou indesejável durante sua permanência em um hospital (Haller et al. 2008). Esse tipo de evento é causado por erros humanos, sobretudo associados a problemas de comunicação e trabalho em equipe (Strategies CRICO, 2015; The Joint Commission, 2015). Esses resultados alertam para a necessidade de treinamentos periódicos ao longo da carreira clínica dos profissionais de saúde em habilidades não técnicas, humanas ou socioafetivas e justificam o crescimento de estudos sobre educação interprofissional (EIP) nas últimas décadas (Reeves, 2016), com foco na avaliação de efeitos dos treinamentos sobre a aprendizagem dos profissionais (Hughes et al., 2008; Mata et al., 2021).

As intervenções de educação multi e interprofissional em saúde têm o objetivo de aprimorar habilidades colaborativas adotadas por integrantes de equipes de diferentes formações e especialidades (Reeves, 2016). Os cursos de graduação em saúde priorizam o desenvolvimento de habilidades técnicas e específicas de cada categoria profissional e ofertam poucos espaços de prática conjunta entre estudantes de diferentes formações. Em função disso, profissionais de saúde iniciam a sua carreira enfrentando dificuldades importantes no trabalho colaborativo multi e interprofissional, devido à falta de habilidades socioafetivas (HSA), o que compromete a qualidade da assistência ao paciente (Abbad, Gaspar & Nascimento, 2020; Allen et al., 2022).

Estudos recentes sinalizaram a presença de lacunas de aprendizagem de HSA em profissionais que acabaram de concluir o curso de graduação e que ingressaram em programas de residência em saúde (Allen et al., 2022; Garth et al., 2018). Essas lacunas estão associadas à falta de habilidades para a realização de atividades colaborativas, que dependem de diálogos entre profissionais de diversas áreas de atuação e especialidades. Entre essas habilidades, destacam-se: a delimitação de tarefas e responsabilidades dos integrantes da equipe, a conversa sobre o processo de trabalho que garante a continuidade de atividades assistenciais ao paciente, a tomada de decisão

em conjunto sobre a assistência ao paciente, a utilização de linguagem acessível com integrantes de outras profissões etc. (Abbad, Gaspar & Nascimento, 2020; Reeves, Xyrichis, & Zwarenstein, 2017).

Algumas habilidades sociais mais básicas e aplicáveis a diversos contextos pessoais e profissionais, como as definidas por Del Prette e Del Prette (2017) (ex.: pedir e dar *feedbacks*, admitir falhas e desculpar-se, manter contato visual, fazer e recusar pedidos), também podem contribuir para a qualidade dos relacionamentos interpessoais (Del Prette & Del Prette, 2003; Pereira-Guizzo, Del Prette, Del Prette & Leme, 2018) e, possivelmente, a redução de barreiras ao trabalho multi e interprofissional. Embora os estudos sobre HSA tenham crescido na última década, o construto ainda apresenta desafios conceituais e metodológicos relevantes, em virtude da sua amplitude e da sensibilidade a fatores culturais (Moscon et al., 2021).

Os programas de residência em saúde possuem um formato similar ao adotado pela pós-graduação *lato sensu* e são considerados excelentes campos de educação interprofissional, pois oportunizam uma aprendizagem prática contínua, massificada e interativa entre diferentes profissional de saúde. A residência multiprofissional em saúde, criada em 2005, no Brasil, a partir da promulgação da Lei n° 11.129, possui um desenho curricular focado na superação da segmentação de conhecimento em saúde e no cuidado integrado em saúde fornecido por profissões de diferentes formações não médicas. No entanto, percebem-se, ainda, lacunas de aprendizagem de práticas colaborativas multiprofissionais, sobretudo entre profissionais médicos e não médicos. Os próprios programas de residência multiprofissionais e de medicina são realizados de forma separada, com poucas oportunidades de prática e de capacitação em conjunto (Casanova et al., 2015; Forbes, Larson et al., 2020).

Os estudos de Laker e Powell (2011) e Merriam e Leahy (2005) questionaram até que ponto as HSA poderiam ser desenvolvidas por meio de treinamentos e transferidas para o ambiente de trabalho. Essa questão impulsionou diversas pesquisas nos últimos 20 anos sobre métodos de treinamento em habilidades de comunicação e trabalho em equipe. Entre os métodos instrucionais estão o *Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety* (*TeamSTTEPS*) e o

Crew resource management (CRM), que se popularizaram e foram mencionados, com frequência, na literatura científica internacional de treinamentos de equipes em saúde (De Meester et al., 2013; Fung et al., 2015).

Os estudos apresentaram, também, modelos de avaliação dos efeitos das intervenções educacionais em diferentes níveis (reação, aprendizagem, transferência e resultados). Estudos mais recentes têm investigado a aprendizagem e as relações desse nível com efeitos do treinamento no comportamento do egresso no trabalho, no desempenho de equipes e em resultados organizacionais (Chang et al., 2019; Hughes et al., 2016; Villemure et al., 2018). Em função da importância dos efeitos de treinamentos, foram desenvolvidas pesquisas experimentais ou quase-experimentais, com delineamentos longitudinais (Agreli et al., 2019; Chang et al., 2019; Fallowfield et al., 2003; Helitzer et al., 2011; Khodadadi et al., 2013; Villemure et al., 2018), para avaliar a aprendizagem de HSA em profissionais da área de saúde. Analisando-se alguns desses estudos, foram identificados diversos tipos de instrumentos de avaliação de aprendizagem, adotados como pré-testes e pós-testes, como *surveys* de autoavaliação de aprendizagem*,* listas de verificação de observação direta de comportamentos que expressam habilidades não técnicas e testes de julgamento situacional (TJS) (Kiessling et., 2016; Shrader et al., 2017). Os estudos, no entanto, descrevem de forma sucinta as medidas de aprendizagem, e não apresentam como elas foram construídas.

A avaliação de intervenções educacionais voltadas ao desenvolvimento de habilidades não técnicas tem fornecido valiosas informações que possibilitam o aprimoramento de desenho instrucional, entrega e implementação de treinamentos e o aumento da valorização de ações de capacitação em habilidades não técnicas na área de saúde (Hughes et al., 2016). No entanto, faz-se necessária a realização de estudos que avaliem os efeitos de treinamentos de HSA na aprendizagem de profissionais de saúde e utilizem estratégias robustas de avaliação (análises inter e intragrupos) por meio de instrumentos com evidências de validade.

Dessa forma, questiona-se: um treinamento de HSA, *online* e de curta duração, baseado em método prático (apresentação de vídeos e discussão em grupo) é capaz de produzir melhores escores de aprendizagem individual em residentes (médicos e não médicos) quando comparado a um treinamento de aula teórico-prático (exposição oral, apresentação de vídeos e discussão em grupo)?

Os resultados de estudos anteriores com profissionais de saúde indicaram que a aprendizagem de HSA em saúde tende a crescer após intervenções de treinamento prático (Frengley et al., 2011; Helitzer et al., 2011; Hughes et al., 2016; Mink et al., 2019; Villemure et al., 2018) e intervenções que combinem métodos teóricos e práticos (Gibon et al., 2013; Hanyok et al., 2013; Hughes et al., 2016; Paige et al., 2009; Prewett et al., 2013; Riley et al., 2011; Suva et al., 2012). Os resultados dos estudos mostraram, ainda, que as HSA permanecem estáveis ou em crescimento meses ou anos após o treinamento (Chang et al., 2019; Fallowfield et al., 2003; Gibon et al., 2013; Haller et al., 2008; Helitzer et al., 2011; Villemure et al., 2018).

Além disso, estudos científicos sobre desenho instrucional (Franzoni et al., 2008; Taylor et al., 2005) indicaram que o uso de múltiplos métodos de ensino podem produzir melhores resultados de aprendizagem para o treinando do que o uso de apenas um método. Segundo Zapp (2001), a combinação de métodos passivos (ex.: a transmissão de informação) com os ativos (baseados em demonstração e prática), por exemplo, possibilita maiores chances de aprendizagem ao treinando.

Esses resultados empíricos de pesquisa nortearam, portanto, a investigação deste trabalho, que propõe um quase experimento, com desenho longitudinal, um pré-teste (T1) e dois pós-testes (T2 e T3) e dois grupos experimentais: o Grupo Experimental 1 (GE1), formado por residentes médicos e não médicos que participaram de um treinamento prático de HSA, e o Grupo Experimental 2 (GE2), formado por residentes médicos e não médicos que participaram de um treinamento teórico-prático de HSA. Os residentes foram escolhidos por conveniência, conforme disponibilidade de horário para participação no treinamento. As sete hipóteses estabelecidas para o

estudo estão elencadas a seguir, com as correspondentes referências que deram suporte a sua elaboração:

H1: Não há diferença significativa entre os escores obtidos pelos dois grupos experimentais (GE1 e GE2) no pré-teste (T1).

H2: Os escores obtidos pelo Grupo Experimental 2 serão mais altos do que os obtidos pelo Grupo Experimental 1 no pós-teste (T2) (Franzoni et al., 2008; Taylor et al., 2005; Zapp, 2001).

H3: Os escores obtidos pelo Grupo Experimental 2 serão mais altos do que os obtidos pelo Grupo Experimental 1 no pós-teste (T3) (Franzoni et al., 2008; Taylor et al., 2005; Zapp, 2001).

H4: Para o Grupo Experimental 1, os escores no pós-teste (T2) são maiores do que os escores no pré-teste (T1) (Frengley et al., 2011; Helitzer et al., 2011; Hughes et al., 2016; Mink et al., 2019; Villemure et al., 2018).

H5: Para o Grupo Experimental 2, os escores no pós-teste (T2) são maiores do que os escores no pré-teste (T1) (Gibon et al., 2013; Hanyok et al., 2013; Hughes et al., 2016; Paige et al., 2009; Prewett et al., 2013; Riley et al., 2011; Suva et al., 2012).

H6: Para o Grupo Experimental 1, os escores no pós-teste (T3) são maiores do que os escores no pós-teste (T2) (Chang et al., 2019; Helitzer et al., 2011; Villemure et al., 2018).

H7: Para o Grupo Experimental 2, os escores no pós-teste (T3) são maiores do que os escores no pós-teste (T2) (Fallowfield et al., 2003, Gibon et al., 2013; Haller et al., 2008).

Referencial teórico

Esta seção apresenta, inicialmente, conceitos teóricos sobre aprendizagem e avaliação de aprendizagem e, em seguida, resultados de estudos empíricos realizados no contexto de saúde que sustentam as hipóteses de pesquisa apresentadas.

O conceito de aprendizagem, aplicado ao contexto laboral, abarca processos de aquisição, retenção e generalização de conhecimentos, habilidades e atitudes e relaciona-se aos impactos de

ações de treinamento, desenvolvimento e educação (TD&E) no trabalho (Abbad, Nogueira, & Walter, 2006). Antes de implantar ações de TD&E e elaborar instrumentos de mensuração da aprendizagem, faz-se necessário compreender características relevantes associadas ao construto aprendizagem, a citar: os tipos de aprendizagem (aprender fazendo, aprender pela busca, pelo uso, pela imitação, pela interação ou pela cooperação) (Loiola, Neris & Bastos, 2006), o foco da aprendizagem (as atividades giram em torno de tópicos ou problemas?), os tipos de interações para aprendizagem (professor-estudante, estudante-estudante e estudante-material), os recursos de apoio à aprendizagem (suporte), a proficiência da aprendizagem (básico, intermediário e avançado), o tipo de natureza da aprendizagem (cognitiva, afetiva ou psicomotora), o nível de alcance da aprendizagem (individual, equipe e organização), dentre outras características que afetam a forma de retenção, generalização e transferência de aprendizagem (Abbad, Nogueira, & Walter, 2006).

A mensuração da aprendizagem no ambiente de trabalho é de suma importância, pois verifica o nível de assimilação do conteúdo ensinado e o alcance de objetivos instrucionais, bem como possibilita o aprimoramento das ações de TD&E. No entanto, as avaliações de aprendizagem são aplicadas com menos frequência nas organizações quando comparadas às avaliações de reação[4], sobretudo em virtude da complexidade da construção de instrumentos de mensuração (Hughes et al., 2006; Queiroga et al., 2012).

Existem múltiplas aprendizagens profissionais no ambiente de saúde, que influenciam diretamente em resultados nos níveis individuais, de equipe e associados à qualidade da assistência a paciente/usuário/comunidade. Procedimentos como o atendimento à parada cardiorrespiratória (Lima et al., 2018) e o transporte de pacientes em estado crítico (Chang et al., 2019), por exemplo, demandam a aprendizagem sincronizada de habilidades técnicas (cognitivas e psicomotoras) e não técnicas (afetivas). Entretanto, as habilidades não técnicas ou socioafetivas (ex.: comunicação, trabalho em equipe, tomada de decisão e empatia), embora sejam consideradas cruciais ao trabalho

[4] Mensura a opinião dos participantes sobre diversos aspectos do treinamento. São resultados imediatos (Abbad, Zerbini & Borges-Ferreira, 2012, p. 78)

colaborativo multi e interprofissional em saúde (Hughes et al., 2016; Reeves, 2016), não são treinadas com a mesma frequência e valorização que as habilidades técnicas e procedimentais desde os cursos de graduação em saúde (Abbad et al., 2016; Allen et al., 2022; Brown et al., 2016; Gaspar, 2018). Mas como esses treinamentos?

Foram pesquisados na literatura desenhos e estratégias de avaliação de treinamentos de HSA realizados com profissionais de saúde, incluindo residentes médicos e não médicos. Os estudos extraídos da literatura apontam que os treinamentos de HSA são, predominantemente, presenciais, de longa duração (acima de 4 horas) e baseados em métodos ativos de aprendizagem, com uso de simulações realísticas (alta e baixa fidelidade) e de discussão de casos clínicos. No entanto, esses treinamentos ocorrem com pouca participação multiprofissional e são implantados, com mais frequência, em alguns contextos da saúde específicos, como no centro cirúrgico e na radiologia (Fung et al., 2015; Hughes et al., 2016; Koutantji et al., 2008, Mata et al., 2021).

De acordo com Kalisch et al. (2015), os treinamentos realizados na modalidade *online* demandam menor custo operacional para as instituições de saúde e ampliam o acesso simultâneo de vários tipos de profissionais aos treinamentos. O estudo de Youngblood et al. (2008) não indicou, por exemplo, diferenças significativas na comparação entre grupos que participaram de treinamentos *online* de trabalho em equipe, com uso de simulação, e de treinamentos presenciais, com uso de simuladores de alta fidelidade de pacientes. Dessa forma, a modalidade *online* de treinamento passa a ser uma estratégia mais econômica e valiosa para aumentar a participação de profissionais de saúde de diversas formações, especialidades e regiões geográficas.

Os estudos têm mostrado a eficácia de métodos ativos de aprendizagem em treinamentos de equipe na área de saúde (Chang et al., 2019; Mata et al., 2021; Mink et al., 2019), como, por exemplo, sessões de simulação em cenários de prática reais, os quais se opõem a métodos restritos à transmissão de informações e conhecimentos de maneira unidirecional (professor-aluno, material instrucional-aluno). Mas como essas habilidades são avaliadas? Quais instrumentos de medida são mais sensíveis a esse tipo de construto (HSA)?

A revisão de Marlow et al. (2018) identificou 70 instrumentos na literatura que avaliaram o desempenho de equipes de saúde. Dentre as HSA presentes nesses instrumentos, a mais avaliada foi comunicação, seguida de liderança. No entanto, a revisão indicou poucas medidas que avaliam outras HSA relevantes ao trabalho colaborativo, como as habilidades de identificação de problema e de encorajamento entre os integrantes da equipe para o alcance de objetivos compartilhados. Foi identificado, também, um grande número de medidas que não passaram por nenhum teste de validação ou confiabilidade, tampouco estavam relacionadas aos resultados desejados na pesquisa, gerando, portanto, resultados inconsistentes (Marlow et al., 2018).

Além da revisão de Marlow et al. (2018), outros estudos (Buljac-Samardzic et al., 2020; Taylor et al., 2018) também indicaram que os instrumentos mais adotados para avaliar comportamentos e interações afetivas emitidas pelos profissionais de saúde são os *surveys* e as listas de verificação (*checklists*). Os *surveys*, aplicados antes e depois do treinamento, são respondidos, na maioria das vezes, pelos próprios participantes (autoavaliação), de acordo com sua percepção sobre as possíveis mudanças no seu comportamento e nas suas atitudes (Buljac-Samardzic et al., 2020; Del Prette & Del Prette, 2003; Taylor et al., 2018). A lista de verificação pode ser preenchida pelo participante da intervenção (antes ou depois) ou também por avaliadores que observam diretamente o comportamento dos treinandos durante uma determinada intervenção educativa. Marlow et al. (2018) recomendaram, também, a realização de treinamentos com os avaliadores e o uso combinado de medidas de auto e heteroavaliações, com o intuito de aumentar a precisão da avaliação e reduzir o viés do avaliador.

Cresceram, nos últimos anos, os estudos etnográficos, avaliações mediadas por vídeos de observação de comportamentos no cenário real de prática profissional, em treinamentos associados a discussões reflexivas e a *feedbacks* de múltiplas fontes sobre os comportamentos emitidos pelos participantes durante intervenções educativas (Iedema et al., 2019; Reeves, 2016). O uso de TJS também cresceu na área de ensino em saúde, sobretudo na avaliação de atributos como empatia, adaptabilidade, integridade e colaboração, pois eles descrevem dilemas ou problema extraídos de

cenários reais que exigem uma resolução ou a aplicação de conhecimentos, habilidades e atitudes (Reed et al., 2021; Wolcott et al., 2020). Embora sejam considerados uma opção metodológica valiosa para avaliar habilidades e atributos subjacentes dos indivíduos (Cechella et al., 2021; Cualheta & Abbad, 2021; Wolcott et al., 2020), esses testes ainda são identificados em menor frequência na literatura quando comparados aos *surveys* de autopercepção de aprendizagem (Havyer et al., 2016; Kang et al., 2022).

O formato dos TJS parece ser mais adequado na avaliação de aprendizagem de HSA do que os testes tradicionais de conhecimento declarativo, que exigem que o aprendiz rememore os conteúdos aprendidos, uma vez que as respostas aos TJS refletem possivelmente o comportamento real do indivíduo em situações futuras (Cualheta & Abbad, 2021; Lievens & Sackett, 2012; Queiroga et al., 2012). Estudos recentes (Gardner & Dunkin, 2018; Patterson et al., 2017), que utilizaram TJS, indicaram melhoria na aprendizagem de habilidades não técnicas em curso de formação em saúde.

O processo de construção dos TJS é complexo e demanda a reunião de profissionais/especialistas que tenham conhecimento sobre características dos cenários de saúde, bem como de evidências de validade de construtos e de instrumentos (Kang et al., 2022; Reed et al., 2021; Wolcott et al., 2020). É necessária uma análise detalhada na criação dos cenários desses testes, assim como a elaboração de critérios de pontuação e de correção bem definidos, com o intuito de reduzir elementos de subjetividade dos avaliadores e alcançar precisão de resultados (Cechella et al., 2021; Cualheta & Abbad, 2021). No entanto, os TJS são considerados sensíveis e compatíveis com a avaliação de aprendizagem de aspectos do raciocínio clínico de estudantes e profissionais de saúde (Kiessling et al., 2016), além de eficazes na mensuração de habilidades pessoais e intrapessoais (Anderson, Thier, & Pitts, 2017).

Resultados de estudos experimentais e quase experimentais da aprendizagem de HSA

Nos últimos anos, foi observado um crescimento de estudos que avaliam se as habilidades aprendidas se sustentam por um longo período após o treinamento, propondo, inclusive, três ou mais medidas de avaliação. Os resultados mostraram que HSA melhoram após o treinamento e

permanecem em crescimento ao longo do tempo (Chang et al., 2019; Gibon et al., 2013; Helitzer et al., 2011; Villemure et al., 2018).

A metanálise de Hughes et al. (2016) apresentou o tamanho de efeito (*d*) de alguns estudos quase experimentais que avaliaram efeitos de treinamento na aprendizagem de HSA em profissionais de saúde. A Tabela 1 apresenta sete desses estudos e o detalhamento de atributos que nortearam o planejamento e a implantação do quase experimento desta pesquisa: quantidade de participantes, tipo de profissão, método de ensino adotado, HSA trabalhadas, carga horária do treinamento, hipóteses e principais resultados.

Todos os sete estudos apresentados na Tabela 1 foram realizados no contexto interprofissional em saúde e avaliados em dois ou três momentos de mensuração, um pré-teste e um ou dois pós-testes. Apenas um estudo teve grupo controle (Kim, 2015). Os estudos tiveram a participação de médicos (as) em diversas especialidades, incluindo residentes, e enfermeiros (as), técnicos (as) e auxiliares de enfermagem ou laboratório.

Tabela 1

Estudos Quase Experimentais de Avaliação da Aprendizagem em Treinamentos de Habilidades Socioafetivas em Saúde

Autor/ano	Amostra (N) e CH	Método	HSA trabalhadas	Hipóteses	Instrumento	Ondas de mensuração	(*d*)	Principais resultados
Haller et al. (2008)	N= 176 (enfermeiros, médicos, parteiras e técnicos) Duração: 2 dias (16 horas)	Informação, demonstração e prática	Compreensão de trabalho em equipe, tomada de decisão compartilhada em emergência e segurança do paciente.	Os escores de percepção de aprendizagem das habilidades de trabalho em equipe, tomada de decisão compartilhada em emergência e segurança do paciente aumentam após o treinamento.	Instrumento composto por 36 itens que avaliam a percepção de aprendizagem sobre habilidades de trabalho em equipe, tomada de decisão em emergência e segurança do paciente.	T1 – pré-teste T2 – pós-teste (1 anos depois)	0.31	Melhoria dos escores de aprendizagem nas habilidades de trabalho em equipe e tomada de decisão compartilhada em emergência 1 ano após o curso.
Paige, Kozmenko et al. (2009)	N=38, N=39 (enfermeiro, instrumentador, cirurgião, anestesista e residente de medicina) Duração: 2 sessões de 3 horas espaçadas por 1 mês	Informação e prática (com simulação de alta fidelidade)	Clareza de função, monitoramento de tarefas, orientação de equipe, abertura para comunicação e suporte mútuo/ comportamento de *backup*.	Há um aumento dos escores de aprendizagem dos participantes nas habilidades de trabalho em equipe em sala de cirurgia após duas sessões de treinamento, com simulação de alta fidelidade, sobre trabalho em equipe e estratégias de *briefing* pré-operatório.	Instrumento composto por 15 itens que avaliam competências de trabalho em equipe em uma sala de cirurgia.	T1 – pré-teste T2 – pós-teste (final de cada módulo)	0.85	Treinamento da equipe com simulação de alta fidelidade parece impactar positivamente a aprendizagem dos participantes em relação às competências de trabalho em equipe em contexto de sala cirúrgica.

Nota. CH = Carga horária, HSA = Habilidade socioafetiva, *d* = Tamanho de efeito (Cohen).

Autor/ano	Amostra e CH	Método	HSA trabalhadas	Hipóteses	Instrumento	Ondas de mensuração	(*d*)	Principais resultados
Suva et al. (2012)	N=70 (cirurgião, anestesista, enfermeiro e técnicos) Duração: 1 dia (8 horas)	Informação e prática	Gerenciamento de recursos da equipe (trabalho em equipe, clima de segurança, reconhecimento de estresse e colaboração geral).	Há um aumento dos escores de aprendizagem dos participantes em habilidades de trabalho em equipe, segurança do paciente, reconhecimento de estresse e colaboração geral ao final do programa de gerenciamento de recursos da tripulação.	Instrumento com evidências de validade composto por 32 itens que exploram dimensões da construção de trabalho em equipe, tomada de decisão compartilhada em emergência e métodos para melhorar a segurança do paciente.	T1 – pré-teste T2 – pós-teste	0.23	Houve melhoria nos escores de aprendizagem em 17 de 32 perguntas sobre o programa. Os cirurgiões demonstraram maior ganho de aprendizagem com o curso em relação às demais especialidades treinadas. Houve melhoria nos escores de aprendizagem sobre trabalho em equipe e segurança do paciente.
Hanyok et al. (2013)	N=34 (residentes de medicina e enfermagem) Duração não relatada	Informação e prática	Percepções sobre educação e práticas interprofissionais e atitudes de trabalho em equipe, papel profissional, respeito e conflito de gestão.	Aprender uns com os outros no início de seu processo educacional de pós-graduação afeta positivamente as atitudes e percepções em relação à educação e prática.	Instrumento com evidências de validade, composto por 21 itens que exploram percepções sobre a educação e práticas interprofissionais e atitudes de trabalho em equipe, papel profissional, respeito e conflito de gestão.	T1 – pré-teste T2 – pós-teste	0.33	A intervenção afetou positivamente o autorrelato dos participantes (percepção) sobre seus próprios comportamentos e as habilidades (trabalho em equipe, papéis profissionais, respeito entre profissionais de diferentes disciplinas, gestão de conflito e algumas das práticas e ações de educação interprofissionais).

Nota. CH = Carga horária, HSA = Habilidade socioafetiva, *d* = Tamanho de efeito (Cohen).

Autor/ano	Amostra e CH	Método	HSA trabalhadas	Hipóteses	Instrumento	Ondas de mensuração	(*d*)	Principais Resultados
Prewett et al. (2013)	N=34 (residentes de medicina) Duração: 2 dias	Informação, demonstração e prática (simulação de alta fidelidade)	Orientação para meta, atitudes de trabalho em equipe e comportamentos de equipe em emergência médica (suporte mútuo, liderança e comunicação).	Os escores de aprendizagem de atitudes em relação ao trabalho em equipe serão mais altos após o treinamento de trabalho em equipe. Escores do TJS de incidentes críticos no trabalho em equipe médica serão significativamente maior após o treinamento.	-Instrumento com evidências de validade composto por 5 itens que avaliam a orientação para o cumprimento de metas. -Instrumento com evidências de validade composto por 21 itens que avaliam atitudes de equipe. -TJS com 15 questões de trabalho em equipe em tarefas de emergência médica.	T1 – pré-teste T2 – pós-teste	0.4	O treinamento não afetou de forma significativa as habilidades de orientação para metas e as atitudes de trabalho em equipe, porém afetou positivamente comportamentos de equipe em emergência médica (suporte mútuo, liderança e comunicação).
Hsu et al. (2014)	N=34 (anestesista, cirurgião, enfermeiro, técnico de laboratório) Duração 15 meses	Informação, demonstração e prática	Gerenciamento de recursos da equipe (estrutura de trabalho em equipe, liderança, monitoramento de situação, comunicação entre membros da equipe e apoio mútuo).	-Os escores de aprendizagem nas 5 dimensões de trabalho em equipe serão superiores em todos os tipos de profissionais após o treinamento. -Os profissionais que atuam em sala de cirurgia terão escores maiores de aprendizagem do que os de laboratório e captação de órgãos.	Instrumento com evidências de validade composto por 48 itens relacionados ao trabalho em equipe (estrutura de trabalho em equipe, liderança, monitoramento de situação, comunicação entre membros da equipe e apoio mútuo).	T1 – pré-teste T2 – pós-teste	-0.04	-Não houve um crescimento significativo dos escores após a intervenção nos três grupos de profissionais (cirurgiões, laboratório e captação de órgãos) -Não houve também diferença significativa (entre T1 e T2) nos escores de percepção de aprendizagem das habilidades trabalhadas entre os três grupos, tampouco entre os participantes com tempos de experiência distintos.

Nota. CH = Carga horária, HSA = Habilidade socioafetiva, *d* = Tamanho de efeito (Cohen).

Autor/ano	Amostra e CH	Método	HSA trabalhadas	Hipóteses	Instrumento	Ondas de mensuração	(*d*)	Principais Resultados
Kim (2015)	N= 50 (médico e enfermeiro) Duração: 3 horas e meia	Informação e prática	Comunicação entre enfermeiro e médico, segurança do paciente e dimensões do trabalho em equipe no *Team*STEPPS (estrutura de equipe, monitoramento da situação, comunicação, suporte mútuo e liderança).	O treinamento *Team*STEPPS baseado em simulação tem um efeito significativo (T2 e T3) na percepção de de comunicação, nas dimensões de trabalho em equipe e na segurança do paciente. O grupo experimental possui escores maiores nas habilidades trabalhadas em T2 e T3 do que o grupo controle.	- Instrumento com evidências de validade composto por **22 itens** que exploram dimensões da comunicação entre enfermeiro e médico. - Instrumento com evidências de validade composto por **35 itens** que exploram as dimensões do trabalho em equipe. - Instrumento com evidências de validade composto por **45 itens** que avaliam a cultura de segurança do paciente.	T1 – pré-teste T2 – pós-teste T3 – pós-teste (3 meses depois)	0.52	-Não houve crescimento significativo dos escores de percepção de comunicação entre enfermeiro e médico, nas dimensões de trabalho em equipe e na cultura de segurança do paciente após a realização do treinamento (T3 e T3). -Não houve diferença significativa entre os escores avaliados do grupo treinado e do não treinado (controle).

Nota. CH = Carga horária, HSA = Habilidade socioafetiva, *d* = Tamanho de efeito (Cohen).

Todos os estudos apresentados na Tabela 1 realizaram intervenções educacionais presenciais e combinaram mais de um método instrucional (informação, demonstração e/ou prática). Foram trabalhados nos treinamentos conteúdos relacionados às habilidades de comunicação e trabalho em equipe, e grande parte dos estudos utilizou modelos de treinamento de habilidades não técnicas já adotados na área de saúde, como *Team*STEPS e o CRM. Foi observada uma prevalência de escalas e questionários objetivos de autopercepção para avaliar a percepção de aprendizagem adquirida no treinamento em pelos menos dois momentos no tempo (antes e depois da intervenção). A maioria dos estudos apresentados na referida tabela (83,3%) indicaram que o treinamento produz efeitos positivos na aprendizagem dos profissionais, que se prolongam, inclusive, após um ano do treinamento (Haller et al., 2008).

Os tamanhos dos efeitos relatados nos estudos, por meio do *d* de *Cohen,* variaram entre –0.04 e 0.85. O uso de estratégias diversificadas baseado em informação e prática (ex.: simuladores de alta fidelidade) e o tamanho da amostra podem ter influenciado no efeito gerado em cada estudo. Uma das limitações bastante mencionadas nos estudos de avaliação de treinamentos na área de saúde foi a quantidade reduzida das amostras de participantes, a qual se justifica pela baixa disponibilidade de tempo desses profissionais para participarem de atividades educacionais de longa duração. Conforme a Tabela 1, apenas um dos sete estudos apresentou uma amostra superior a 100 participantes. Em estudos com delineamentos longitudinais, esse aspecto se agrava, pois já é esperada uma perda de sujeitos ao longo do tempo (Hughes et al., 2016). Os estudos apresentados dão subsídio para a construção de treinamentos e instrumentos de avaliação de aprendizagem e quase experimento que serão detalhados na próxima seção.

Método

A pesquisa é teórico-empírica e de abordagem mista (qualitativa e quantitativa). Inclui um quase experimento, com dois grupos experimentais, sem grupo controle, com aplicação de um pré-teste (T1) e dois pós-testes (T2 e T3). O método de corte longitudinal e combinado por abordagens quantitativas e qualitativas proporciona maiores *insights* e uma compreensão mais ampla dos

problemas de pesquisa (Creswell & Creswell, 2021; Shadish et al., 2002). Este estudo faz parte de uma pesquisa mais ampla, composta por quatro etapas sequenciais e interdependentes, sendo que as três primeiras foram qualitativas e a última, foco principal deste trabalho (quase experimento), quantitativa. A Figura 1 descreve brevemente essas etapas.

Figura 1

Etapas da Pesquisa



As três etapas qualitativas referem-se ao processo de elaboração dos treinamentos de HSA e dos três TJS, a partir da análise prévia de necessidades de treinamento de residentes da área de saúde. A análise de necessidades foi realizada por meio de entrevistas com preceptores e residentes do segundo ano de residência médica e não médica, que relataram lacunas nos repertórios de HSA apresentadas por residentes do primeiro ano. A última etapa refere-se ao quase experimento realizado com dois grupos independentes: GE1 e GE2. A manipulação experimental compreendeu dois métodos de treinamento, aplicados, no formato *online,* a residentes da área de saúde. O GE1 recebeu um treinamento prático de HSA e o GE2 um treinamento teórico-prático de HSA.

Foram coletados dados sobre a aprendizagem de HSA de residentes por meio da aplicação de TJS antes das intervenções de treinamento (pré-teste – T1), imediatamente após a intervenção

(pós-teste – T2) e um mês após a intervenção (T3). Não houve grupo controle, e os participantes foram escolhidos de forma não aleatória, por conveniência, adesão voluntária e disponibilidade para participação na pesquisa.

Contexto do estudo

A pesquisa foi realizada em dois hospitais universitários da rede Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) com uma amostra não aleatória de residentes e preceptores de programas de residência médica e multiprofissional. A escolha pelos hospitais universitários foi por acessibilidade e conveniência. Inicialmente, foi solicitada, por meio do *site* da EBSERH, uma autorização de cadastro de pesquisa nos 18 hospitais universitários da rede que oferecem programas de residência médica e multiprofissional. Dos 18 hospitais, 14 aprovaram o cadastramento da pesquisa.

Em seguida, foram preenchidos os documentos de formalização da pesquisa nos hospitais e feito o contato, por telefone e/ou *e-mail*, com o setor de pesquisa de cada instituição para explicação dos objetivos e das etapas da coleta de dados. Para todos os hospitais, foram enviados documentos exigidos pela rede hospitalar da EBSERH, entre os quais estão: resumo da pesquisa, cronograma, orçamento, folha de rosto, termo de consentimento livre esclarecido (TCLE), instrumentos utilizados na pesquisa, declarações de compromisso e responsabilidade do pesquisador, entre outros formulários específicos.

Após análise da documentação, 10 dos 14 hospitais disponibilizaram cartas de anuência à pesquisadora para posterior submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP). A pesquisa foi submetida aos CEP dos 10 hospitais, via Plataforma Brasil, porém apenas um hospital aprovou em tempo hábil para realização da primeira etapa. Outros quatro hospitais aprovaram a pesquisa posteriormente. Embora a pesquisa tenha sido divulgada nos cinco hospitais que a autorizaram, somente residentes de dois hospitais realizaram a inscrição no treinamento proposto no escopo. Dessa forma, o presente estudo foi realizado em amostras de residentes de dois hospitais universitários brasileiros que possuem programas de residência médica e multiprofissional.

O programa de residência multiprofissional do Hospital 1 (HO1) possui residência multiprofissional e médica. A primeira possui duas áreas de concentração (atenção oncológica e cardiopulmonar) e oferta vagas para oito profissões em saúde (enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista, cirurgião dentista, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional). A residência médica possui vagas em 12 especialidades (cirurgia geral, clínica médica, dermatologia, ginecologia e obstetrícia, infectologia, medicina de família e comunidade, oftalmologia, patologia, pediatria, psiquiatria, radiologia e diagnóstico por imagem e radioterapia).

O programa de residência multiprofissional do Hospital 2 (HO2) possui seis áreas de concentração (saúde da mulher e da criança, terapia intensiva, transplante, diabetes, saúde mental e onco-hematologia) e oferta vagas para sete profissões (enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional e assistente social), enquanto o programa de residência médica possui vagas em 21 especialidades. As demais características dos programas de residência de ambos os hospitais (objetivos dos programas, perfil de ingresso, duração, carga horária e número de vagas) estão apresentadas nos apêndices O e P.

Procedimento de coleta dos dados

O HO1 disponibilizou à pesquisadora uma lista com *e-mails* de preceptores e residentes médicos e não médicos. Foram encaminhados convites para uma entrevista de análise de necessidades de aprendizagem de HSA em contextos de residência. As 15 entrevistas, realizadas no *software Microsoft Teams*, basearam-se em um roteiro semiestruturado, composto por cinco perguntas (Apêndice A) focadas na investigação de lacunas de HSA do residente do primeiro ano. As entrevistas foram gravadas, e o conteúdo delas foi transcrito literalmente e analisado, individualmente, por cinco especialistas em avaliação de necessidades de treinamento. Em seguida, foi realizado um grupo focal com especialistas em avaliação de necessidades de treinamento com o objetivo de identificar quais eram as lacunas mais salientes de HSA, conforme exemplos mencionados com maior frequência pelos (as) entrevistados (as).

Foi identificado um predomínio de necessidades de treinamento nas seguintes habilidades

socioafetivas: (i) compreensão de papéis e responsabilidades dos integrantes da equipe multiprofissional, (ii) diálogo sobre condutas relativas ao paciente com profissionais de outras formações acadêmicas/especialidades e (iii) tomada de decisão em conjunto sobre a assistência ao paciente. Essas habilidades, identificadas por meio de incidentes críticos, serviram de base para a construção de treinamentos de habilidades socioafetivas, com métodos distintos e três TJS.

Construção dos treinamentos de HSA

As necessidades de aprendizagem identificadas na etapa 1 foram transformadas em objetivos instrucionais (um geral e seis específicos). Esses objetivos foram redigidos com base em recomendações de teorias instrucionais (Abbad et al., 2006) e na taxonomia de aprendizagem de Bloom (1956) e estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2

Objetivos dos Treinamentos (geral e específicos)

Objetivo geral: Utilizar habilidades socioafetivas favoráveis ao trabalho colaborativo no contexto multiprofissional em saúde.
Objetivos específicos: - Identificar as interações socioafetivas geradas entre os integrantes da equipe multiprofissional no cotidiano do trabalho. - Distinguir tarefas, responsabilidades e papéis de cada integrante da equipe multiprofissional. - Apoiar o trabalho colaborativo em equipe multiprofissional como recurso de melhoria do cuidado e segurança do paciente. - Avaliar situações-problema e falhas nas interações socioafetivas no trabalho com foco no cuidado e na segurança do paciente. - Propor soluções a partir do debate com os integrantes da equipe multiprofissional, de acordo com recomendações técnicas. - Decidir sobre a assistência prestada ao paciente, de forma colaborativa, com os integrantes da equipe multiprofissional em saúde.

Os objetivos instrucionais, juntamente com a avaliação de necessidades de aprendizagem, nortearam a busca por conteúdos de HSA na literatura científica e por estratégias metodológicas que contribuíssem para a produção de resultados positivos. Foram elaborados dois treinamentos, em modalidade *online*, de curta duração (1 hora e 30 minutos), sem espaçamento temporal, com participação voluntária e pautados nos mesmos objetivos e conteúdos instrucionais. No entanto, os treinamentos possuem métodos de ensino distintos, sendo um baseado em discussão de caso,

denominado treinamento prático (GE1), e outro na combinação de transmissão de informação e discussão de caso, treinamento teórico-prático (GE2).

No **treinamento prático (GE1)**, composto por 21 *slides* elaborados no *Power Point* (Apêndice K), foram apresentados vídeos animados, confeccionados no *software Powtoon*, que ilustravam situações reais de trabalho de integrantes de equipes multiprofissionais que impactam negativamente na qualidade da assistência prestada ao paciente. O primeiro vídeo descreveu a condução de duas equipes multiprofissionais diante de uma paciente que desistiu de fazer um procedimento cirúrgico após três remarcações, enquanto o segundo vídeo descreveu o processo de tomada de decisão de integrantes de uma equipe multiprofissional sobre a elegibilidade de uma paciente ao tratamento de câncer. O conteúdo dos dois vídeos foi também baseado nas lacunas de aprendizagem identificadas na primeira etapa deste trabalho.

Ao final da exposição dos vídeos, os participantes foram estimulados a discutir possíveis direcionamentos para as situações apresentadas, mediante perguntas norteadores realizadas pela instrutora, e, em seguida, a simular uma conversa resolutiva com a equipe multiprofissional. Após essa etapa, a instrutora sintetizou os principais pontos da discussão e os relacionou, brevemente, com as três HSA extraídas da análise de necessidades de aprendizagem, realizou recomendações pontuais sobre a importância de um repertório de HSA no trabalho multiprofissional em saúde e encerrou fornecendo instruções sobre o preenchimento do outros dois testes situacionais (T2 – pós-teste e T3 – *follow-up*).

No **treinamento teórico-prático (GE2)**, composto por 37 *slides* também elaborados no *Power Point (*Apêndice L)*,* a instrutora realizou, inicialmente, uma exposição oral dialogada sobre a importância das HSA no contexto de saúde e, depois, apresentou conceitos teóricos e exemplos práticos relacionados às HSA apontadas como lacunas de aprendizagem. Em seguida, foi apresentado o vídeo que abordava o caso da paciente que desistiu de fazer um procedimento cirúrgico após três remarcações. Após a exposição desse vídeo, a instrutora estimulou os participantes a discutirem sobre o caso com base em perguntas norteadoras. Ao final, a instrutora

também realizou recomendações pontuais sobre a importância de um repertório de HSA no trabalho multiprofissional em saúde e encerrou fornecendo instruções sobre o preenchimento do outros dois testes situacionais (T2 – pós-teste e T3 – *follow-up*).

A Tabela 3 sintetiza as características dos dois tipos de treinamentos (GE2 e GE2). Como parte do material do treinamento, foi confeccionado um *folder* de divulgação (Apêndice N) dos treinamentos nos programas de residência dos hospitais coparticipantes da pesquisa, bem como um vídeo, gravado pela pesquisadora principal (instrutora) no aplicativo *TikTok* (Apêndice Q), com o intuito de explicar brevemente o objetivo da pesquisa aos residentes e motivá-los a realizar a inscrição no treinamento.

Tabela 3

Características dos Tipos de Treinamento (GE1 e GE2)

	Treinamento prático GE1	**Treinamento teórico-prático GE2**
HSA trabalhadas	(i) compreensão de papéis e responsabilidades dos integrantes da equipe multiprofissional; (ii) diálogo sobre condutas relativas ao paciente com profissionais de outras formações acadêmicas/especialidades. (iii) tomada de decisão em conjunto sobre a assistência ao paciente.	(i) compreensão de papéis e responsabilidades dos integrantes da equipe multiprofissional; (ii) diálogo sobre condutas relativas ao paciente com profissionais de outras formações acadêmicas/especialidades; (iii) tomada de decisão em conjunto sobre a assistência ao paciente.
Modalidade	*Online* (plataforma *Zoom*)	*Online* (plataforma *Zoom*)
Instrutora	Pesquisadora principal	Pesquisadora principal
Carga horária	1h30min	1h30min
Espaçamento	Massificado	Massificado
Público-alvo	Residentes médicos e não médicos do primeiro ano	Residentes médicos e não médicos do primeiro ano
Tipo de participação	Voluntária	Voluntária
Estratégia de divulgação	*Folder* e vídeo-convite	*Folder* e vídeo-convite
Pré-teste (TJS)	T1	T1
Parte 1 da intervenção: introdução	Apresentação dos objetivos do treinamento; Combinados instrutor-participante.	Apresentação dos objetivos do treinamento; Combinados instrutor-participante.

	Treinamento prático GE1	Treinamento teórico-prático GE2
Parte 2 da intervenção: Desenvolvimento	Apresentação do vídeo do Caso 1 - Perguntas indutoras; - Discussão entre os participantes; - Simulação da resolução do caso; - *Feedback* da instrutora e associação com as principais HSA trabalhadas no caso. Apresentação do vídeo do Caso 2 - Perguntas indutoras; - Discussão entre os participantes; - *Feedback* da instrutora e associação com as principais HSA trabalhadas no caso; - Simulação da resolução do caso; - Discussão entre os participantes; - Recomendações gerais.	Exposição oral dialogada sobre HSA: conceito, importância e aplicação e impactos; - Portfólio de HSA básicas HSA aplicadas no contexto da saúde; - Compreensão de papéis e responsabilidades; - Debate de opiniões; - Tomada de decisão colaborativa. Apresentação do vídeo do Caso 1 - Perguntas indutoras; - Discussão entre os participantes; - *Feedback* da instrutora e associação com as principais HSA trabalhadas no caso; - Recomendações gerais.
Parte 3 da intervenção: Considerações Finais	- Fechamento (benefícios do uso de HSA no trabalho colaborativo).	- Fechamento (benefícios do uso de HSA no trabalho colaborativo).
1º Pós-teste (TJS)	T2 (pós-teste)	T2 (pós-teste)
2º Pós-teste (TJS)	T3 (*follow-up)*	T3 *(follow-up)*
Finalização da pesquisa	Envio do material didático; Entrega de certificados de participação; Envio dos *feedbacks* escritos do TJS; Envio de artigos sobre HSA no contexto de saúde.	Envio do material didático; Entrega de certificados de participação; Envio dos *feedbacks* escritos do TJS; Envio de artigos sobre HSA no contexto de saúde.

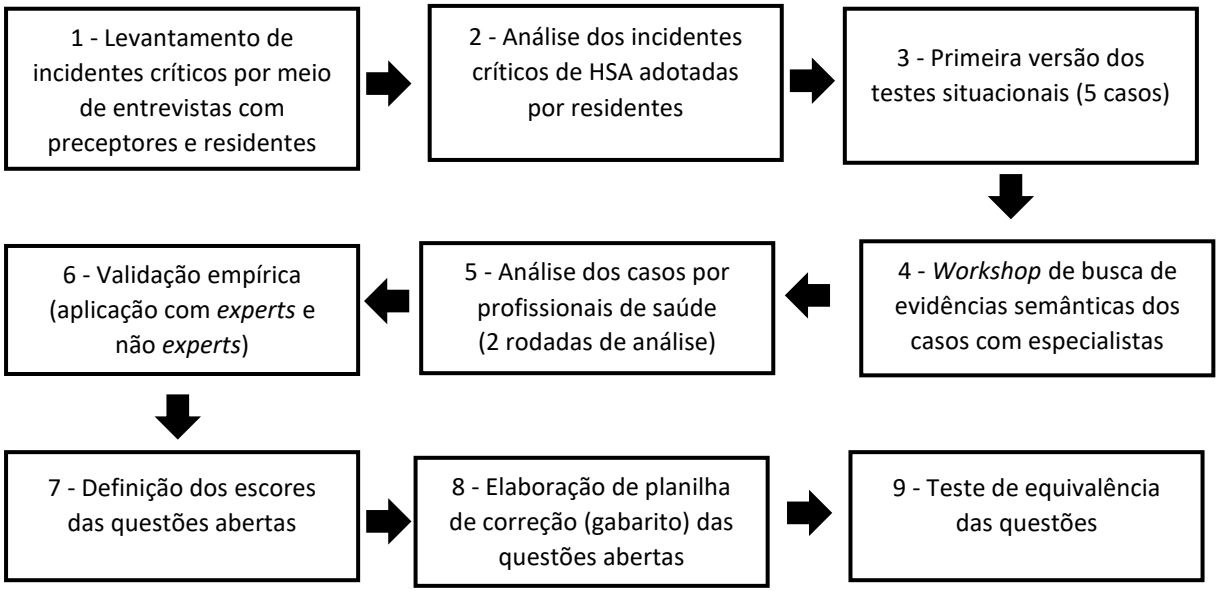
A tabela mostra que as características do desenho e implementação dos dois treinamentos (GE1 e GE2) são idênticas, com exceção do método de ensino que foi distinto nas partes 1 e 2 das intervenções.

Construção dos Testes de Julgamento Situacional (TJS)

Foram elaborados três TJS, de forma simultânea à construção dos treinamentos. Os conteúdos dos testes também foram baseados nas três demandas de aprendizagem de HSA mencionadas pelos (as) entrevistados (as) (etapa 1) e nos objetivos instrucionais dos treinamentos. Cada TJS apresentou a descrição de um caso/situação real vivenciado por residentes e quatro perguntas abertas, as quais exigiam do participante do experimento a demonstração de habilidades, a descrição do problema contido no caso, o diagnóstico da situação-problema e a apresentação de soluções. Os casos relatam problemas ocasionados pela falta de habilidades sociais e afetivas ensinadas nos treinamentos oferecidos para os dois grupos experimentais (GE1 e GE2). A Figura 2 apresenta as etapas de construção e busca por evidências de validade dos três testes.

Figura 2

Etapas de Construção e Busca de Evidências de Validade dos TJS



Os três TJS descreveram situações de trabalho, em diferentes de contextos da área de saúde (ambulatório, unidade de internação e unidade de terapia intensiva), que demandavam o uso das HSA apontadas como lacunas de aprendizagem nos residentes. A primeira versão dos TJS foi submetida a análises semânticas com especialistas em construção de instrumentos de avaliação e de análises de conteúdo por profissionais de saúde de distintas formações acadêmicas. Após as análises (semântica e de conteúdo), foram realizados ajustes no conteúdo dos casos, sobretudo relacionados à adequação e pertinência de expressões técnicas, e, em seguida, foi realizada uma aplicação-piloto dos testes. As figuras 3, 4, e 5 apresentam as situações apresentadas nos três TJS.

Figura 3

TJS 1 – Situação: Não Aspiração das Vias Aéreas de um Paciente

Você é um integrante de uma equipe de um hospital universitário e está participando de uma reunião multiprofissional da unidade de terapia intensiva (UTI). Trata-se de uma equipe que se conhece pouco, pois trabalha há menos de um mês. Na primeira reunião de equipe, várias pautas de discussão são levantadas, porém uma, em específico, sobre a paciente Roseana, que está sob sedação e ventilação mecânica, gera um tensionamento entre dois integrantes: Luciana (enfermeira) e Felipe (fisioterapeuta). Na unidade de terapia intensiva, há momentos específicos para aspiração das vias aéreas a depender da condição clínica de cada paciente. No entanto, havia dúvidas e conflitos relacionados ao profissional responsável por fazer esse procedimento. A enfermeira Luciana, que estava de plantão, não realizou o procedimento de aspiração na

paciente, a qual estava com muita secreção. Além disso, registrou no prontuário do paciente que o motivo da não realização do procedimento era a ausência de um fisioterapeuta na unidade, o qual, segundo ela, era o responsável por fazer o procedimento. Registrou, ainda, que a paciente Roseana teve aumento do esforço respiratório e ficou muitas horas sem ser aspirada. Durante a reunião da equipe, o fisioterapeuta Felipe, que foi mencionado no prontuário, indagou a enfermeira Luciana sobre o registro:
– Você já está aqui no plantão, atendendo o leito. Custa fazer? Eu sempre faço esse procedimento, mesmo quando estou sozinho sem apoio de um colega da sua profissão. Não é possível que alguém da enfermagem nunca possa fazer também.
Luciana, muito irritada, eleva o tom de voz e pontua:
– Não vou fazer o que não é da minha atribuição! Isso sempre foi da fisio.
A discussão continua, e os dois profissionais seguem direcionando a tarefa um para o outro. Felipe aproveita o momento e relata outra insatisfação.
– Vocês da enfermagem nunca podem fazer nada. Ontem senti falta do ventilador pulmonar em um dos leitos e solicitei ao técnico em enfermagem, que estava assistindo, naquele momento, a paciente Roseana. Ele, grosseiramente, disse que era atribuição da fisioterapia o transporte do ventilador pulmonar para o leito de atendimento.
– E é! Já fazemos muita coisa, enfatiza Luciana.
Os demais integrantes da equipe não se posicionam e a discussão continua entre os dois colegas. Você se recorda de conflitos entre outros profissionais da equipe na última semana, que viraram motivo de queixa de clientes na ouvidoria do Hospital. Em determinado momento, você, como integrante da equipe, pensa em interrompê-los para tentar, de alguma forma, conter a discussão, porém eles iniciam um diálogo com uma linguagem técnica e específica sobre os limites de atuação de cada uma das suas profissões, ficando impossível compreender o teor da discussão.
Você pensa em como abordar o assunto de forma a não causar mais constrangimentos na reunião de equipe. Como você atuaria nesse caso? Responda às questões abaixo detalhando a sua forma de condução da situação.

Figura 4

TJS 2 – Situação: Paciente Recebe Alta sem Orientações da Terapia Ocupacional

Você atua na equipe de saúde da unidade de internação de um hospital universitário. Juliana, terapeuta ocupacional, chega ao hospital universitário para mais um dia de trabalho, e sua primeira atividade é participar da passagem de plantão. Ao ouvir o último relato dos profissionais que atuaram no plantão anterior, ela percebe que uma paciente, que sofreu um acidente vascular cerebral (AVC) e está em processo de reabilitação, recebeu alta sem o seu conhecimento. Dessa forma, ela indaga a enfermeira Simarly, que está sentada diante do computador na sala da equipe:
– Ei, Simarly! Bom dia! A paciente Kelly Regina, do leito 15, precisaria ter sido orientada quanto a alguns procedimentos necessários à sua recuperação em casa. Por que eu não fui consultada? Já é a terceira vez neste mês que isso acontece. Difícil trabalhar assim, hein?!
Simarly abaixa a cabeça, lamenta o ocorrido e responde:
– Juliana, acho que o Dr. Diogo estava com pressa e não te achou no momento da alta. Ele comentou também que as orientações mais importantes já haviam sido repassadas.
A fisioterapeuta Lisa, que também estava na enfermaria, ouve o diálogo e comenta sem olhar para as duas colegas:
– Eu estava no momento da alta com o Dr. Diogo. A gente nunca consegue te encontrar, Juliana. A paciente estava ansiosa para ir para casa. Já falamos tanto sobre essa paciente, e você nunca se manifestou sobre a necessidade dessa orientação. Não vamos adivinhar, né?
– Lisa, eu sempre emito minha opinião nas reuniões, mas raramente sou consultada nesse momento de alta pela equipe. Você, como fisioterapeuta, deveria saber que essa orientação da TO é básica e muito importante para a recuperação da paciente. Por que não tentou entrar em contato comigo?
– Juliana, acho que você tem que resolver isso com o Dr. Diogo, tá? Não quero me envolver em confusão. Bom dia!

Juliana questiona à equipe o motivo das decisões, e os integrantes não conseguem identificar o que causou a falta de comunicação. Neste momento, um dos pacientes do ambulatório solicita atendimento, e os integrantes da equipe se dispersam em suas atividades.
Você, que assistiu toda a discussão e faz parte da equipe, envia uma mensagem no grupo do *WhatsApp* propondo uma reunião da equipe para discussão e resolução do caso. Todos visualizam, mas não respondem.

Figura 5

TJS 3 – Situação: Alteração da Dieta da Paciente

Você atua na equipe de saúde da unidade de internação de um hospital universitário. Letícia, nutricionista, chega ao trabalho bastante irritada e pede para conversar com os integrantes da sua equipe. Estão na sala, além de você, a enfermeira Eliane e a psicóloga Gabriela. Letícia então inicia a conversa:
– Pessoal, bom dia! Eu realizei uma avaliação da paciente Luana, leito 7, e propus uma dieta com quantidades específicas. Deixei tudo anotado para o Dr. George prescrever, junto com os demais medicamentos, que serão administrados pela enfermagem. Horas depois, percebi que os valores da dieta estavam completamente diferentes do meu registro. Alguém pode me explicar o que aconteceu?
A enfermeira Eliane entra imediatamente no prontuário eletrônico e responde:
– Humm... paciente Luana? Foi a Paola, a enfermeira novata, que administrou a infusão. Tem que perguntar para ela. O que eu sei é que a paciente estava com diarreia e a dieta foi interrompida hoje de manhã pelo Dr. George.
– Como assim? Além de administrarem o valor errado da dieta, interrompem sem nem conversar comigo? Indaga a nutricionista Leticia.
A psicóloga Gabriela, que estava na sala, também acompanhou o caso da paciente Luana, opina com certo constrangimento:
– Letícia, a irmã dessa paciente é nutricionista também. Ela é poliqueixosa e vem discordando dos procedimentos adotados com a irmã, incluindo os valores nutricionais que você vem propondo. Ela conversou com o Dr. George. Então, possivelmente, ele fez a alteração nos valores e não comentou com você.
Letícia fica perplexa com a informação trazida por Gabriela e questiona a enfermeira Eliane, que balança a cabeça confirmando a fala da psicóloga e, em seguida, comenta:
– Então a parte da enfermagem está explicada também. A Paola (enfermeira novata), na hora de administrar a dieta, deve ter seguido a prescrição médica já alterada. Mas ela devia ter conversado com você também, Letícia.
Inconformada, Letícia questiona os colegas da equipe presentes na unidade sobre o motivo de ser sempre a última a saber das coisas. Os integrantes não conseguem responder. A nutricionista sai da sala enfurecida e diz que fará uma queixa da equipe na diretoria do hospital, pois os integrantes da equipe não se comunicam, podendo colocar a segurança e a saúde da paciente em risco.
Você se levanta e convence Letícia a retornar para a sala e conversar com a equipe.

Os três TJS eram compostos por situações-problema específicas, que demandavam o uso das três HSA mencionadas como lacunas de aprendizagem para os residentes (figuras 3, 4 e 5) e por quatro perguntas abertas, apresentadas a seguir:

a) A quais profissões pertencem os integrantes das equipes que interagiram com a paciente X?

b) Descreva três comportamentos apresentados pelos profissionais da equipe que contribuíram para o problema ocorrido com a paciente X.

c) Explique como os profissionais da equipe poderiam ter atuado para evitar situações como a da paciente X.

d) Tendo em vista as soluções apontadas, como você conversaria com os integrantes da equipe para evitar que novos casos como o da paciente X ocorressem? Descreva o que você falaria para a equipe e como seria o diálogo.

Foi realizada aplicação-piloto dos três TJS com 37 profissionais de saúde (*experts* e não *experts*), escolhidos por conveniência, com o objetivo de checar se os três testes possuíam uma complexidade de conteúdo equivalente e se poderiam ser utilizados para aplicação antes e após a intervenção de treinamento. A variabilidade de respostas na aplicação-piloto possibilitou, também, a criação de uma folha de correção com critérios de pontuação bem definidos.

Os testes da aplicação-piloto foram corrigidos por dois especialistas em avaliação de aprendizagem, e seus escores foram submetidos a análises estatísticas inferenciais, com o intuito de investigar equivalência da complexidade do conteúdo entre os três tipos de testes. As notas atribuídas a cada item foram comparadas, duas a duas, por meio do teste de Wilcoxon, conforme recomendado por Tabachnick e Fidell (2013). Os resultados indicaram que as respostas possuíam complexidade de conteúdo equivalente ($p > 0,05$) na maioria das combinações analisadas no teste de Wilcoxon, indicando, portanto, que os três TJS poderiam ser usados para avaliar a aprendizagem ao longo do tempo, em um estudo longitudinal.

Quase experimento

Os grupos experimentais foram formados conforme indicação de disponibilidade dos residentes. O critério de participação no treinamento (quase experimento) era ocupar a função de residente médico/multiprofissional e estar cursando o primeiro ano de um dos programas. Foram incluídas todas as profissões de saúde presentes no programa de residência multiprofissional, com exceção dos (as) médicos (as) veterinários (as), pois o foco da pesquisa está em seres humanos. Foram incluídos, também, residentes de especialidades médicas como psiquiatria e oncologia que já haviam concluído residência em clínica médica.

Foi realizada uma consulta prévia com os residentes e preceptores sobre os horários de maior disponibilidade para participação no treinamento. A partir dessa sugestão de horários, foi encaminhado, via *e-mail* e grupos de *Whatsapp,* um *folder* de divulgação (Apêndice N) do cronograma de treinamento, com um QR *code* para acesso ao *link* de inscrição. No *folder* de divulgação, foram ofertadas turmas diárias de treinamento, em três horários distintos (8h, 16h e 20h), no período de 05/10 a 28/11/2022. Foi solicitado ao residente interessado em participar do treinamento a indicação de duas opções de datas conforme o cronograma. A partir dessa informação, o residente foi alocado em um determinado grupo de treinamento. Vinte residentes realizaram a inscrição e 17 participaram do treinamento, o qual foi ministrado pela pesquisadora principal. Além do *folder* de divulgação, foi encaminhado um vídeo, feito pela pesquisadora principal, contendo explicações breves sobre o escopo da pesquisa e as características do treinamento (Apêndice Q).

Cada residente recebeu, por *Whatsapp*, um *link* da plataforma *Zoom* para acessar o treinamento. Antes de iniciar, a instrutora disponibilizou aos residentes, no *chat* da plataforma, um *link* do *Google Forms* contendo o primeiro TJS (pré-teste – T1), o TCLE da pesquisa, assim como perguntas sobre dados sociodemográficos e profissionais do participante. A instrutora explicou aos residentes que o objetivo desse primeiro teste era avaliar os conhecimentos prévios sobre HSA adotadas no trabalho colaborativo multiprofissional.

O segundo TJS (pós-teste – T2), aplicado imediatamente após o treinamento, também foi encaminhado via *link* do *Google Forms.* Ao final do preenchimento do T2, foi solicitado que o residente inserisse apenas o nome e o *e-mail* no formulário, com o intuito de criar condições de pareamento com as respostas do T1 e T3. Foi questionado, também, ao residente, no final do último teste (T3 – *follow-up),* se ele havia participado de outro curso ou ação educacional sobre HSA (ex.: palestra, treinamento, discussão de caso e leitura sobre o tema) durante o período de 30 dias após o treinamento. Essa pergunta foi realizada com o objetivo de buscar explicações alternativas aos efeitos do treinamento (Lima et al., 2018).

A maioria das turmas foi realizada no período noturno, fora da carga horária da residência e com participação de um único residente. O tempo de duração dos treinamentos variou entre 1 hora e 24 min e 1 hora e 45 min, cumprindo, portanto, a média prevista no plano instrucional de 1 hora e 30 min. Os primeiros 20 minutos do treinamento foram destinados ao preenchimento do TCLE e do pré-teste (T1); e os últimos 10 minutos, ao pós-teste (T2) e às orientações finais da instrutora. A Tabela 4 apresenta as características dos 17 participantes dos treinamentos.

Tabela 4

Características dos Participantes do Quase Experimento

Variável	Categoria	Frequência	Percentual
Método do treinamento	Prático	7	41.2%
	Teórico-prático	10	58.8%
Gênero	Feminino	15	82.2%
	Masculino	2	11.8%
Faixa etária	20 a 25 anos	5	29.4%
	26 a 31 anos	10	58.8%
	31 a 37 anos	1	5.9%
	28 a 43 anos	1	5.9%
	44 a 49 anos	0	0
	50 a 55 anos	0	0
	Acima de 55 anos	0	0
Profissão	Enfermeiro	1	5.9%
	Farmacêutico	1	5.9%
	Fisioterapeuta	3	17.6%
	Assistente social	3	17.6%
	Psicólogo	2	11.8%
	Nutricionista	2	11.8%
	Terapeuta ocupacional	1	5.9%
	Médico	2	11.8%
	Sanitarista	1	5.9%
	Cirurgião dentista	1	5.9%
Tempo de experiência	1 a 3 anos	14	82.4%
	4 a 6 anos	2	11.8%
	Acima de 6 anos	1	5.9%
Programa de residência	Multiprofissional	15	88.2%
	Médica	2	11.8%
Área de concentração	Atenção básica	2	11.8%
	Atenção cardiopulmonar	1	5.9%
	Atenção oncológica	4	23.5%
	Clínica médica	1	5.9%
	Psiquiatria	1	5.9%
	Terapia intensiva	1	5.9%
	Saúde mental	5	29.4%
	Saúde da mulher e da criança	2	11.8%

Variável	Categoria	Frequência	Percentual
Hospital universitário	HO1	9	52.9%
	HO2	8	47.1%
Instituição da graduação	Pública	16	94.1%
	Privada	1	5.9%
Região de nascimento	Centro-Oeste	6	35.2%
	Norte	0	0
	Nordeste	10	58.8%
	Sul	0	0
	Sudeste	1	5.9%

Nota. N = 17.

A Tabela 4 mostra um predomínio de participantes no treinamento teórico-prático (58,8%), do gênero feminino (82,2%), com idade entre 26 e 31 anos (58,8%), tempo de experiência na profissão de 1 a 3 anos (82,4%), atuação em programas de residência multiprofissional (88,2%), na área de concentração de saúde mental (29,4%) e no hospital universitário nº 1 (52,9%). Foi observada, ainda, a presença de 10 profissões distintas da área de saúde, com uma discreta prevalência de fisioterapeutas (17,6%) e assistentes sociais (17,6%), assim como de profissionais que nasceram em cidades da Região Nordeste do país (58,8%) e que realizaram a graduação em instituições públicas de ensino (94,1%).

Embora tenham sido utilizadas estratégias de *rapport* no início do treinamento, houve uma discreta participação oral dos residentes ao longo da intervenção. A maioria dos residentes manteve a câmera aberta, porém se manifestou oralmente somente mediante solicitação da instrutora. Houve uma preferência pela participação escrita, por meio do *chat* da plataforma *Zoom*, em comparação com a participação oral. Não ocorreram intercorrências tecnológicas graves (ex.: ausência de internet) que comprometessem a participação do residente no treinamento, tampouco o preenchimento dos TJS via *Google Forms.*

O baixo nível de participação dos residentes ocorreu em ambos os tipos de treinamento. Dessa forma, o método de treinamento baseado em discussão de casos práticos não pareceu ser suficiente para estimular a participação dos sete residentes do GE2. Foi necessária a intervenção da instrutora em diversos momentos do treinamento para garantir um mínimo de discussão entre os

participantes. Identificou-se um predomínio da participação oral do psicólogo e da enfermeira, bem como da participação escrita (via *chat*) das duas nutricionistas.

Optou-se por não aplicar a avaliação de reação, em razão do tempo de preenchimento elevado dos instrumentos de avaliação de aprendizagem (4 perguntas abertas em cada teste). Ao final do treinamento, os residentes relataram satisfação com a intervenção, por meio de comentários sobre a relevância dos conteúdos apresentados e discutidos. Os demais TJS (T2 e T3) foram aplicados imediatamente após o treinamento e um mês após o treinamento. Os testes foram corrigidos pela instrutora do treinamento (pesquisadora principal) e por cinco especialistas em avaliação de treinamento, que realizaram avaliações independentes das respostas dos participantes dos treinamentos, atribuindo notas de zero a 10 para cada uma das quatro questões dos TJS, de acordo com os critérios de avaliação (Apêndices H, I e J). Os especialistas, escolhidos por sua *expertise* em avaliação de aprendizagem, possuem formação em psicologia e administração.

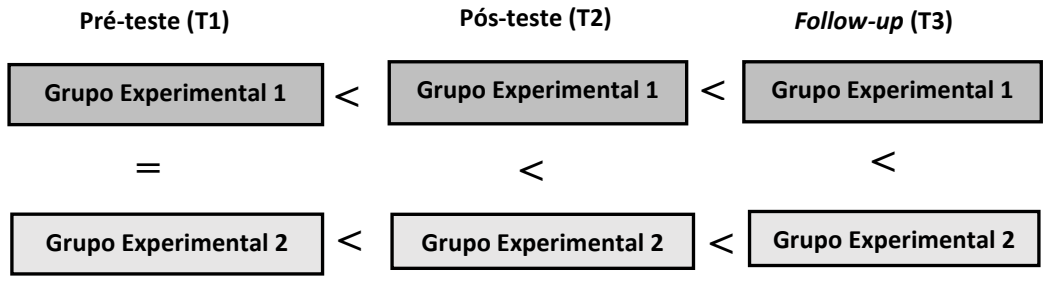
Ao final da correção, cada residente recebeu o *feedbac*k escrito dos testes, juntamente com o certificado de participação na pesquisa, os *slides* do treinamento e o acesso a uma pasta, via *Google Drive*, contendo diversos materiais científicos sobre HSA no contexto multiprofissional em saúde.

Estudo das hipóteses

As hipóteses investigadas neste estudo, amparadas em estudos extraídos da literatura científica, buscam comparar escores de aprendizagem dos mesmos participantes em vários momentos do tempo (intragrupo – T1, T2 e T3), com foco em um aumento progressivo dos escores, bem como entre grupos distintos (GE1 e GE2) de participantes nos mesmos períodos. A Figura 6 sintetiza as sete hipóteses propostas neste estudo.

Figura 6

Estudo das Hipóteses (H)



H1: Não há diferença significativa entre os escores obtidos pelos dois grupos experimentais (GE1 e GE2) no pré-teste (T1).

H2: Os escores obtidos pelo Grupo Experimental 2 serão mais altos do que os obtidos pelo Grupo Experimental 1 no pós-teste (T2) (Franzoni et al., 2008; Taylor et al., 2005; Zapp, 2001).

H3: Os escores obtidos pelo Grupo Experimental 2 serão mais altos do que os obtidos pelo Grupo Experimental 1 no pós-teste (T3) (Franzoni et al., 2008; Taylor et al., 2005; Zapp, 2001).

H4: Para o Grupo Experimental 1, os escores no pós-teste (T2) são maiores do que os escores no pré-teste (T1) (Frengley et al., 2011; Helitzer et al., 2011; Hughes et al., 2016; Mink et al., 2019; Villemure et al., 2018).

H5: Para o Grupo Experimental 2, os escores no pós-teste (T2) são maiores do que os escores no pré-teste (T1) (Gibon et al., 2013; Hanyok et al., 2013; Hughes et al., 2016; Paige et al., 2009; Prewett et al., 2013; Riley et al., 2011; Suva et al., 2012).

H6: Para o Grupo Experimental 1, os escores no pós-teste (T3) são maiores do que os escores no pós-teste (T2) (Chang et al., 2019; Helitzer et al., 2011; Villemure et al., 2018).

H7: Para o Grupo Experimental 2, os escores no pós-teste (T3) são maiores do que os escores no pós-teste (T2) (Fallowfield et al., 2003, Gibon et al., 2013; Haller et al., 2008).

Procedimento de análise de dados

Após a realização do **quase experimento**, as respostas aos três TJS foram corrigidas pelos cinco especialistas e, em seguida, submetidas a testes estatísticos para análises descritivas e inferenciais. Foram atribuídos códigos aos TJS, de forma que os especialistas não identificassem, no momento da correção, o perfil do participante, assim como o grupo experimental do treinamento e o tipo de teste (T1, T2 ou T3). Após a codificação, foi realizado um sorteio aleatório, em planilha do *Excel*, dos TJS entre os avaliadores, de forma que cada teste fosse corrigido por três avaliadores diferentes. As notas atribuídas pelos três avaliadores em cada teste foram submetidas a estatísticas

descritivas (média e desvio-padrão) e inferenciais, com o intuito de verificar o grau de concordância entre os avaliadores sobre os escores atribuídos aos participantes dos treinamentos nos testes.

Antes de iniciar a correção, os especialistas participaram de um treinamento de aproximadamente 30 minutos (Apêndice R), na plataforma *Zoom*, conduzido pela pesquisadora principal, com o intuito de compreender os critérios de pontuação para cada tipo de resposta apresentada. Foram utilizadas estratégias de ensino baseadas em demonstração e prática dos especialistas, com o objetivo de aumentar a precisão da correção (Chechella & Abbad, 2021; Cualheta & Abadd, 2021). A realização de treinamentos formais com avaliadores é considerada uma etapa estratégica, segundo a revisão de Marlow et al. (2018), uma vez que avaliações subjetivas são mais propensas ao viés do avaliador e a medições imprecisas.

Ao final do treinamento, os avaliadores especialistas receberam uma amostra de testes para correção, com códigos que impediam a identificação do respondente e da condição experimental, bem como o material didático do treinamento, contendo a descrição dos casos apresentados em cada teste e planilha com os critérios de pontuação. Os avaliadores desconheciam, portanto, a condição experimental dos participantes e a qual momento de testagem das habilidades (T1, T2 ou T3) pertenciam as respostas dos participantes. Foi analisada, também, a média de tempo de correção dos TJS de todos os avaliadores. Para tanto, foi solicitado que cada avaliador registrasse no próprio teste o tempo de início e de término de cada correção.

Cabe recordar que os critérios de pontuação foram definidos com base em respostas de uma aplicação-piloto dos TJS a profissionais de saúde, escolhidos por conveniência, que atuam em diferentes contextos de saúde multiprofissionais. O perfil desses participantes do grupo-piloto foi distinto (tempo de experiência e tipo de profissão), possibilitando uma diversificação de respostas, a qual contribui para a criação de critérios bem definidos de pontuação.

Nas análises estatísticas descritivas, foram examinadas médias, desvios-padrão, valores mínimos e máximos e porcentagens dos escores atribuídos aos participantes dos treinamentos nos testes. Para comparar as médias entre os dois grupos experimentais, foram realizados testes *t* e,

para comparação das médias intragrupo, foram conduzidas Análises de Variância (Anova) de medidas repetidas (T1 – Pré-teste, antes do treinamento; T2 – Pós-teste, logo após o treinamento; T3 – Pós-teste, um mês após o treinamento). O pressuposto de esfericidade foi inspecionado na Anova de medidas repetidas, por meio do teste de W de Mauchly, e, quando esse foi violado, foi reportada a estatística F, considerando a correção de graus de liberdade de Huynh-Feldt. Como medida de tamanho de efeito, foi utilizado o eta quadrado parcial (η_p^2). O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0.05$), e *o software* estatístico de apoio foi o Jamovi, versão 2.2.5 (Field, 2013; Hair et al., 2009). Adicionalmente, foram realizados testes *t* para amostras independentes (Field, 2013; Hair et al., 2009), com o intuito de analisar possíveis associações significativas nos escores de aprendizagem nos três TJS em características sociodemográficas e laborais, gênero, faixa etária, profissão, tempo de experiência, naturalidade, tipo de residência, tipo de área de concentração, tipo de hospital em que trabalha e instituição em que realizou a graduação.

Foi utilizado o *software GPower* (versão 3.1) para calcular uma estimativa do tamanho mínimo da amostra do quase experimento. Adotou-se um poder estatístico de 0,80, conforme recomendado pela literatura científica (Hair et al., 2009), e um tamanho de efeito de 0,42, baseado na média dos efeitos de dois estudos, que também utilizaram estratégias de ensino de transmissão de informação e prática, delineamento de medidas repetidas e participantes de no mínimo duas profissões distintas da área de saúde (Hanyok et al., 2013; Kim, 2015). O cálculo de estimativa amostral realizado no G*Power* indicou a necessidade de uma quantidade mínima de 36 residentes.

Procedimentos éticos

O estudo foi aprovado por CEP de quatro hospitais universitários na Plataforma Brasil (nº dos pareceres: 5.362.942, 5.594.094, 5.661.868 e 5.589.926). Todos os participantes foram orientados quanto a objetivos, justificativa, método e resultados esperados da pesquisa. Além disso, eles preencheram o TCLE, com o intuito de assegurar o sigilo das informações coletadas ao longo da pesquisa (fala, imagem e identificação). A pesquisa cumpriu todos os procedimentos éticos necessários para proteger os participantes de qualquer tipo de risco. Os riscos deste estudo estão

associados ao sigilo das informações individuais. Os programas de residência médica e multiprofissional também não foram mencionados na pesquisa, e todos os dados coletados foram tratados de forma agrupada com fins exclusivamente acadêmicos e científicos.

Resultados

Os treinamentos ocorreram nos meses de outubro e novembro de 2022, na plataforma *Zoom*, com a participação total de 17 residentes dos programas de residência médica e multiprofissional de dois hospitais universitários. A Tabela 5 mostra a distribuição dos residentes (quantidade e profissão) nas turmas de treinamentos, bem como as datas, os métodos e a duração dos treinamentos.

Tabela 5

Treinamentos Realizados

Data	Método do treinamento	N	Profissão	Duração
05/10/22	Teórico prático (GE2)	03	Médico (02) Assistente Social (02)	1 hora e 36 min
11/10/22	Teórico prático (GE2)	02	Assistente Social Psicólogo	1 hora e 28min
14/10/22	Teórico prático (GE2)	01	Sanitarista	1 hora e 36 min
17/10/22	Teórico prático (GE2)	01	Fisioterapeuta	1 hora e 24 min
19/10/22	Teórico prático (GE2)	01	Fisioterapeuta	1 hora e 32 min
25/10/22	Teórico prático (GE2)	01	Farmacêutico	1 hora e 45 min
27/10/22	Teórico prático (GE2)	01	Cirurgião Dentista	1 hora e 25 min
21/11/22	Prático (GE1)	07	Terapeuta Ocupacional Fisioterapeuta Psicólogo Enfermeiro Assistente Social Nutricionista (02)	1 hora e 31 min

Serão apresentados, em sequência, os seguintes resultados:

(i) pontuações atribuídas pelos avaliadores nos três TJS;

(ii) análises dos escores de aprendizagem intergrupos (GE1 e GE2) e intragrupos (T1, T2 e T3) e dos testes de hipóteses;

(iii) testes de hipóteses.

A Tabela 6 apresenta os escores de aprendizagem atribuídos por cada avaliador especialista às respostas dos participantes nos TJS dos dois grupos experimentais (GE1 e GE2) no pré-teste (T1) e nos dois pós-testes (T2). O T3 – *follow-up* foi encaminhado para os participantes de ambos os grupos experimentais um mês após o treinamento, porém não houve retorno de respostas do GE1. Uma das justificativas para essa perda de sujeitos pode estar relacionada ao período de férias dos residentes, que coincidiu com o da aplicação do T3 – *follow-up.*

Tabela 6

Médias dos Avaliadores (T1, T2 e T3)

GE	Participante	T1					T2					T3				
		AV1	**AV2**	**AV3**	**M**	**DP**	**AV1**	**AV2**	**AV3**	**M**	**DP**	**AV1**	**AV2**	**AV3**	**M**	**DP**
GE1	R1.P	7.76	8.02	8.02	7.93	0.15	5.02	5.06	5.06	5.05	0.02	-	-	-	-	-
	R2.P	2.40	2.40	2.40	2.40	0.00	5.06	5.06	5.64	5.25	0.33	-	-	-	-	-
	R3.P	4.00	3.96	3.96	3.97	0.02	2.00	2.62	2.40	2.34	0.31	-	-	-	-	-
	R4.P	3.74	4.10	4.10	3.98	0.21	3.36	3.36	3.36	3.36	0.00	-	-	-	-	-
	R5.P	4.40	5.40	4.40	4.73	0.58	6.66	7.66	6.66	6.99	0.58	-	-	-	-	-
	R6.P	7.02	6.36	6.36	6.8	0.38	7.00	7.06	7.04	7.03	0.03	-	-	-	-	-
	R7.P	5.32	6.02	6.06	5.80	0.42	8.00	7.00	7.00	7.33	0.58	-	-	-	-	-
GE2	R8 TP	3.36	3.36	3.76	3.49	0.23	5.32	6.00	5.32	5.55	0.39	5.22	6.02	5.02	5.22	0.53
	R9.TP	7.02	7.02	7.36	7.13	0.20	7.90	7.90	7.62	7.81	0.16	8.32	8.62	8.62	8.52	0.17
	R10.TP	3.02	3.02	3.72	3.25	0.40	7.77	7.02	7.02	7.27	0.43	-	-	-	-	-
	R11.TP	4.36	4.32	4.76	4.48	0.24	10.00	10.00	10.00	10.00	0.00	8.00	8.60	8.00	8.20	0.35
	R12.TP	6.32	7.06	6.98	6.79	0.41	8.46	8.00	8.60	8.35	0.31	5.02	4.30	4.42	4.58	0.39
	R13.TP	6.66	7.00	6.90	6.85	0.17	4.66	3.66	3.66	3.99	0.58	-	-	-	-	-
	R14.TP	7.00	6.72	6.72	6.81	0.16	9.72	9.72	9.32	9.59	0.23	5.66	4.66	5.66	5.33	0.58
	R15.TP	6.42	6.02	6.70	6.38	0.34	6.40	6.00	6.40	6.27	0.23	5.36	5.36	5.36	5.36	0
	R16.TP	8.02	8.70	8.70	8.47	0.39	8.42	8.42	8.62	8.49	0.12	5.66	5.00	5.32	5.33	0.33
	R17.TP	6.06	6.06	5.64	5.92	0.24	5.92	5.92	6.32	6.05	0.23	5.00	4.32	5.06	4.79	0.41

Nota. N = 17, GE1 = Grupo Experimental 1, GE2 = Grupo Experimental 2, AV1 = Avaliador 1, AV2 = Avaliador 2, AV3 = Avaliador 3, M = Média, DP = Desvio-padrão, T1 = pré-teste, T2 = pós-teste, T3 = *follow-up.* Escala de pontuação dos escores: 0 a 10 pontos. Houve perda de sujeitos do T3 = *follow-up* no GE1.

A Tabela 6 mostra uma baixa variação entre os escores atribuidos pelos avaliadores, com o desvio-padrão de no máximo 0,58, indicando, portanto, que os três avaliadores especialistas convergiram nos seus escores. Reassalta-se, também, que a média do tempo de correção dos testes registrados pelos avaliadores foi de 3 minutos e meio por teste. As figuras 8, 9 e 10 indicam que a média dos escores atribuídos por cada avaliador nos três testes (T1, T2 e T3) não apresentaram diferenças significativas ($p < 0.05$), sugerindo boa compreensão e aplicação dos critérios de pontuação estabelecidos na folha de correção.

Figura 7

Médias dos Escores dos Avaliadores – T1

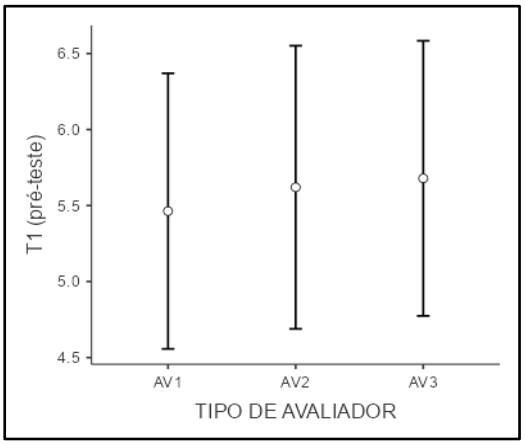


Figura 8

Médias dos Escores dos Avaliadores – T2

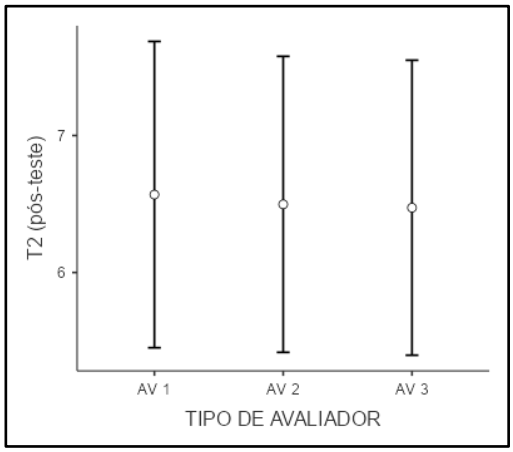
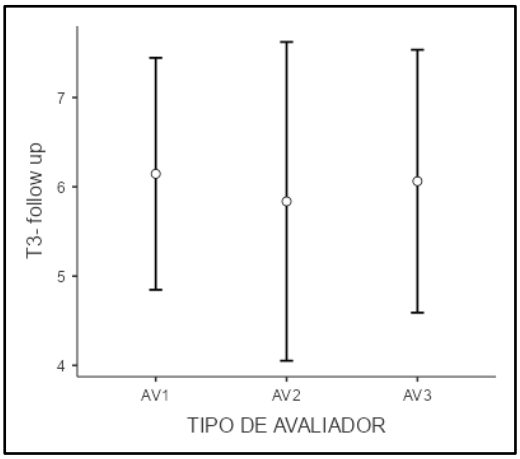


Figura 9

Médias dos Escores dos Avaliadores – T3



A Figura 8 mostra que não houve diferenças significativas entre os escores dos três avaliadores no T1 (pré-teste) (AV1-AV2: *t*(16) = - 1.472, *p* = 0.330; AV1-AV3: *t*(16) = -2.199, *p* = 0.102; AV2-AV3: *t*(16) = - 0.607, *p* = 0.819). A Figura 9 mostra que não houve diferenças significativas entre os escores dos três avaliadores no T2 (pós-teste) (AV1-AV2: *t*(16) = 0.541, *p* = 0.852; AV1-AV3: *t*(16) = 0.862, *p* = 0.671; AV2-AV3: *t*(16) = - 0.244, *p* = 0.968). De igual maneira, a Figura 10 mostra que não houve diferenças significativas entre os escores dos três avaliadores no T3 (*follow-up*) (AV1-AV2: *t*(7) = 0.703, *p* = 0.769; AV1-AV3: *t*(7) = 0.999, *p* = 0.600; AV2-AV3: *t*(7) = - 0.314, *p* = 0.947). Dessa forma, os resultados indicaram que a planilha de correção (Apêndices H, I e J) possui critérios satisfatoriamente precisos, uma vez que os escores de três avaliadores diferentes não apresentaram diferenças significativas nos três tipos de TJS. Por isso foi possível utilizar a média dos escores atribuídos pelos três avaliadores para realização de comparação intragrupos (T1, T2 e T3) e intergrupos (GE1 e GE2).

Foi realizado testes *t* (*Student*) para amostras independentes, com o objetivo de investigar em que medida os escores nos testes eram diferentes entre os residentes que participaram do treinamento prático (GE1) e do teórico prático (GE2). A Tabela 7 apresenta esses resultados de diferenças intergrupos no pré-teste e pós-teste.

Tabela 7

Diferença dos Escores de Aprendizagem entre GE1 e GE2

Teste	Grupo	N	Média	Desvio-padrão	Grau de liberdade	*t*	Diferença entre médias	*p*
T1	GE1	7	5.06	1.85	15	-1,04	- 0.901	0.314
	GE2	10	5.96	1.69				
T2	GE1	7	5.35	1.94	15	-2,10	-1.968	0.05
	GE2	10	7.32	1.88				
T3	GE1	0	-	-	-	-	-	-
	GE2	8	5.92	1.54				

Nota. T1 = pré-teste; T2 = pós-teste; T3 = *follow-up;* GE1 = Grupo Experimental 1; GE2 = Grupo Experimental 2; *p* = < 0.05.

Os resultados demonstraram que não houve diferença significativa nos escores de aprendizagem no pré-teste (T1) entre o GE1 (M = 5,06, *DP* = 1,85) e o GE2 (M = 5,95, *DP* = 1,69) (*t* (15) = -1,04, *p* = 0.314). No entanto, houve diferença significativa no pós-teste (T2) entre GE1 (M = 5,35; *DP* = 1,94) e GE2 (M = 7,31; *DP* = 1,88) (*t* (15) = -2,10; *p* = 0,05), indicando que o método baseado na combinação de transmissão de informação e prática (GE2) produz melhores escores de aprendizagem do que somente o baseado em prática.

Conforme observado na Tabela 7, não foi possível apresentar os dados dos escores de aprendizagem do GE1 no *follow-up* (T3), em virtude da ausência de respondentes. Dessa forma, não foi possível comparar os escores de aprendizagem do T3 entre os dois grupos.

Foram realizadas outras investigações, com o intuito de analisar possíveis associações significativas dos escores de aprendizagem nos três testes com características sociodemográficas e laborais, como gênero, faixa etária, tempo de experiência, profissão, tipo de residência, tipo de área de concentração, naturalidade, tipo de hospital em que trabalha e instituição em que realizou a graduação. No entanto, foram identificadas somente diferenças significativas nas variáveis "tipo de residência" e "tipo de hospital" no escores de aprendizagem do pós-teste (T2). Os residentes médicos apresentaram um escore mais elevado no T2 (M = 9.18; *DP* = 1.17) do que os residentes não médicos (M = 6.15; *DP* = 1.94) (*t* (15) = - 2.11; *p* = 0.05). Os resultados mostraram, ainda, que os residentes do HO1 também apresentaram escores de aprendizagem superiores (M = 7.69; *DP* = 1.56) aos dos residentes do HO2 (M = 5.18; DP = 1.86); (*t* (15) = 3.027; *p* = 0.008).

A comparação intragrupo dos escores de aprendizagem dos residentes antes das duas intervenções de treinamento (teórico-prática e prática) (T1 – pré-teste), após as intervenções (T2 – pós-teste) e um mês após as intervenções (T3 – *follow-up*) foi realizada por meio de Anova de medidas repetidas. O teste de Mauchly indicou violação do pressuposto de esfericidade (Mauchly's W = 0.897, $\chi 2$ (2) = 7.76, *p* = 0.721) no Grupo Experimental 2 (intervenção teórico-prática), porém foi utilizada a correção de Huynh-Feldt, com os ajustes do grau de liberdade. Não foi necessário avaliar o pressuposto da esfericidade do Grupo Experimental 1, pois houve uma perda de sujeitos no T3 –

follow-up. Esse pressuposto é atendido quando há apenas dois níveis de um fator de medida repetida (T1 e T2). A Tabela 8 mostra os resultados da soma dos escores nos testes durante os três períodos de testagem.

Tabela 8

Mudança na Soma dos Escores de Aprendizagem Durante Pré-teste, Pós-teste e Follow-up do GE1 e GE2

Grupo experimental	Tempo	Média	Desvio-padrão	Valores mínimos	Valores máximos
GE1	T1 (pré-teste)	5.06	1.85	2.40	7.93
	T2 (pós-teste)	5.35	1.94	2.34	7.33
	T3 (*follow-up*)	-	-	-	-
GE2	T1 (pré-teste)	5.96	1.69	3.23	8.47
	T2 (pós-teste)	7.32	1.88	3.99	10.0
	T3 (follow-up)	5,92	1.54	4.58	8.52

Nota. T1 = pré-teste, T2 = pós-teste, T3= *follow-up*, GE1 = Grupo Experimental 1, GE2 = Grupo Experimental 2. Houve perda de sujeitos no T3 – *follow-up* do GE1.

O resultado geral da Anova de medidas repetidas demonstrou que não houve diferenças significativas nos escores de aprendizagem ao longo do tempo e que o tamanho de efeito da intervenção teórico-prática (Grupo Experimental 2) foi considerado baixo (F (2,14) = 3,81, p < 0,048, η^2 = 0,227). No entanto, análises *a posteriori* (*post-hoc* de Tukey) demonstraram que os escores de aprendizagem aumentaram no pós-teste (T2) (M = 7,74; *DP* = 0,587), quando comparados com o pré-teste (M = 6,18, *DP* = 0,553, p = 0,122). Os resultados demonstraram, ainda, que os escores de aprendizagem do *follow-up* (T3) (M = 5,92, DP = 0,543) foram inferiores ao escores do pré-teste (T1) (p = 0.943) e do pós-teste (T2) (p = 0.054). O tamanho de efeito foi mais baixo ainda na intervenção prática (Grupo Experimental 1) (F (1,6) = 0.140, p < 0.721, η^2 = 0.007). Cabe recordar que houve uma perda de sujeitos no T3 do Grupo Experimental 1, sendo possível realizar a Anova somente do T1 e T2. A Tabela 9 resume os resultados por hipótese testada intergrupos.

Tabela 9

Resultados dos Testes de Hipóteses de Diferenças Intragrupos e Intergrupos

H	**Descrição da hipótese**	**Resultado do teste**
H1	Não há diferença significativa entre os escores obtidos pelos dois grupos experimentais (GE1 e GE2) no pré-teste (T1).	Confirmada
H2	Os escores obtidos pelo Grupo Experimental 2 serão mais altos do que os obtidos pelo Grupo Experimental 1 no pós-teste (T2).	Confirmada
H3	Os escores obtidos pelo Grupo Experimental 2 serão mais altos do que os obtidos pelo Grupo Experimental 1 no pós-teste (T3).	Não foi possível realizar o teste em virtude do tamanho reduzido da amostra
H4	Para o Grupo Experimental 1, os escores no pós-teste (T2) são maiores do que os escores no pré-teste (T1).	Rejeitada
H5	Para o Grupo Experimental 2, os escores no pós-teste (T2) são maiores do que os escores no pré-teste (T1).	Rejeitada
H6	Para o Grupo Experimental 1, os escores no pós-teste (T3) são maiores do que os escores no pós-teste (T2)	Não foi possível realizar o teste em virtude do tamanho reduzido da amostra
H7	Para o Grupo Experimental 2, os escores no pós-teste (T3) são maiores do que os escores no pós-teste (T2)	Rejeitada

Nota. H = Hipótese.;

Conforme observado na Tabela 9, somente duas das hipóteses foram confirmadas (H1 e H2). Não foi possível testar as hipóteses 2 e 6 em virtude da ausência de respostas no T3 (*follow-up*) do GE1. Embora os residentes tenham apresentado melhores escores de aprendizagem no pós-teste (T2) nos dois grupos experimentais, essa melhoria de desempenho não foi estatisticamente significativa (H4 e H5). Em contrapartida, a Hipótese 7 foi rejeitada, pois identificou-se um decaimento dos escores de aprendizagem um mês após o treinamento (T3 – *follow-up*) no GE2.

Discussão

Foram desenvolvidos dois treinamentos de HSA no trabalho colaborativo multiprofissional em saúde, com métodos distintos, baseados em lacunas de aprendizagem identificadas em residentes médicos e não médicos do primeiro ano. Essas lacunas de aprendizagem forneceram insumos valiosos para a construção de três TJS, utilizados para avaliar a aprendizagem dos residentes em três momentos no tempo. Dessa forma, os subsistemas de TD&E (Análise de necessidades de treinamento (ANT), Planejamento, Execução e Avaliação) foram apresentados de

forma integrada, conforme recomendado por teóricos do campo, estimulando eventos instrucionais pautados em necessidades de aprendizagem reais e específicas de cada contexto (Abbad, Nascimento, & Gaspar, 2020; Borges-Andrade, 2006).

Os baixos escores de aprendizagem dos residentes no primeiro TJS (T1 – pré-teste) confirmaram as lacunas de aprendizagem de HSA indicadas na ANT. Os escores foram baixos em ambos os grupos experimentais (GE1 e GE2) no T1 (pré-teste), e não houve diferenças significativas entre eles, confirmando a Hipótese 1.

Ao analisar os grupos experimentais (GE1 e GE2) de forma independente, notou-se que os participantes do treinamento teórico-prático (GE2) apresentaram escores de aprendizagem superiores aos que participaram do treinamento prático (GE1), confirmando a Hipótese 2, que indica melhorias nos escores de aprendizagem após participação em treinamentos baseados na combinação de métodos de transmissão de informação e prática (Franzoni et al., 2008; Taylor et al., 2005). Não foi possível realizar o teste das hipóteses 3 e 5 em virtude da ausência de sujeitos do GE1 para preencherem o T3.

Embora tenha havido uma melhora discreta nos escores de aprendizagem dos residentes no T2 (pós-teste) de ambos os grupos (GE2 e GE2), não houve uma diferença significativa entre os dois tempos, rejeitando, portanto, as previsões das hipóteses 4 e 5 (Hughes et al., 2016; Mink et al., 2019). A amostra reduzida de participantes pode ter contribuído para gerar um efeito pequeno no presente estudo. O *software GPower* calculou uma amostra mínima de 36 residentes para produção de um efeito de ao menos 0.42 previsto para os métodos adotados nas suas condições experimentais. Esse número foi alcançado no momento da inscrição do treinamento, porém muitos residentes não compareceram na data e no horário programados e não indicaram disponibilidade de participação em outro momento. Embora a amostra tenha sido reduzida, o que possivelmente interferiu na potência dos efeitos do treinamento, os resultados de aprendizagem gerados neste trabalho são relevantes, retroalimentam as etapas de ANT e planejamento e geram adaptações

importantes para futuros treinamentos sobre o tema no contexto de residência em saúde (Abbad et al., 2006; Kraiger & Ford, 2020).

Uma dessas possíveis adaptações no planejamento instrucional é a carga horária do treinamento (1 hora e 30 minutos), a qual parece não ter sido suficiente para promover melhorias significativas na aprendizagem de HSA. Estudos que relataram tamanhos de efeito superiores a 1.0, como, por exemplo, o de Koutantji et al. (2008), realizaram treinamentos com carga horária superior a 3 horas, métodos baseados em transmissão de informação, demonstração e prática e amostras com no mínimo 30 participantes. Os treinamentos identificados na literatura (Haller et al., 2008; Hsu et al., 2014; Paige, Kozmenko et al., 2009; Suva et al., 2012) que relataram os tamanhos de efeito de suas intervenções, eram, em sua maioria, de modalidade presencial, impossibilitando comparações mais precisas com o desenho instrucional do quase experimento deste estudo.

Embora a carga horária dos dois tipos de treinamentos tenha sido a mesma (1 hora e 30 minutos), os residentes do GE2 (treinamento teórico-prático) podem ter sentido mais confiança para participar ativamente após a exposição oral da instrutora do que os residentes do GE1 (treinamento prático), que foram estimulados a participar ativamente desde o início do treinamento. Além disso, cabe ressaltar que o grupo de sete residentes do GE1 demonstrou uma postura mais tímida e reservada, tendendo a participar de forma escrita, via *chat* da plataforma de treinamento. Em contrapartida, os residentes do GE2, em sua maioria, participaram do treinamento em turmas formadas por 1 a 3 pessoas, o que pode ter contribuído para uma participação mais ativa. Nesse sentido, seria necessária a realização de mais turmas de treinamento, bem como de uma amostra de participantes maior, para poder inferir, de forma consistente, em causalidades entre o perfil dos grupos experimentais, método de ensino e escores de aprendizagem.

A Hipótese 6 também foi rejeitada, pois houve um declínio dos escores de aprendizagem do GE2 um mês após o treinamento (T3 – *follow-up*). Os estudos identificados na literatura indicam que o efeito de treinamentos de HSA sobre a aprendizagem de profissionais de saúde tende a ser prolongado, podendo durar mais de um ano (Frengley et al., 2011; Helitzer et al., 2011; Villemure et

al., 2018). No entanto, é possível que a carga horária do treinamento, aliada à quantidade reduzida de participantes, não tenha contribuído para a manutenção dos escores de aprendizagem após um mês da conclusão do treinamento.

Embora tenha havido diversificação de cenários de aprendizagem, por meio das diferentes situações de prática apresentadas aos residentes nos vídeos (Abbad, Gaspar & Nascimento, 2020), não foram adotadas estratégias de *overlearning,* conforme recomendado por Kraiger e Ford (2020), que contribuíssem para sustentar a aprendizagem durante os 30 dias posteriores ao treinamento. Somente dois residentes do GE2 indicaram, no T3 – *follow-up*, a participação em outro curso ou ação educacional sobre HSA (ex.: palestra, treinamento, discussão de caso e leitura sobre o tema) durante o período de 30 dias após o treinamento. Um dos residentes relatou ter participado de um curso sobre atuação de equipe multifuncional em oncologia e em cuidados paliativos, enquanto o outro relatou ter lido um capítulo sobre administração de conflitos, gestão de mudanças e negociação do livro Gestão Estratégica de Clínicas e Hospitais. Entretanto, notou-se um decaimento dos escores desses dois participantes entre T2 e T3, embora tenham participado de ações educacionais adicionais no mês posterior ao treinamento.

Os TJS descreveram situações compatíveis com a realidade do trabalho colaborativo multiprofissional do residente e, portanto, são considerados instrumentos adequados para medir a aprendizagem ao longo do tempo. A ficha de correção, elaborada como suporte aos avaliadores especialistas, garantiu que os escores fossem atribuídos a cada item/questão, de forma objetiva, aumentando as evidências de validade (Marlow et al., 2018). A semelhança entre os escores atribuídos por diferentes avaliadores confirma que a folha de correção possui critérios bem definidos, conforme sugerido por Chechella e Abbad (2021) e Cualheta e Abadd (2021). A baixa média de tempo para correção de cada TJS (3 minutos e meio) reforça a importância de critérios de correção precisos na folha de correção, assim como a realização de treinamentos com os avaliadores antes de iniciar a correção dos TJS (Marlow et al., 2018). Esses resultados contrariam estudos científicos que apontaram o tempo e a complexidade de correção de respostas abertas como

desvantagens do uso de TJS (Kang et al., 2022; Reed et al., 2021). Nesse sentido, o presente estudo inova ao trazer a média de tempo de correção dos TJS e estimula pesquisadores e docentes a utilizarem esse instrumento como estratégia de avaliação de aprendizagem de HSA.

Foram adotadas estratégias diversificadas de divulgação dos treinamentos (*folders online* e físicos, vídeo e mensagens periódicas dos preceptores de residência nos grupos de *Whatsapp*), com o intuito de engajar os residentes a participarem da pesquisa. Foram elaborados certificados de participação (Apêndice S) e disponibilizada uma pasta com material científico sobre HSA. No entanto, a amostra de participantes no presente estudo foi reduzida, inviabilizando análises mais robustas de comparação e predição. Não foi possível identificar diferenças entre os escores dos residentes e características importantes, como tipo de profissão, área de concentração, tempo de experiência, faixa etária, dentre outras variáveis utilizadas no estudo.

Sugere-se que pesquisas futuras analisem essas características, bem como outras variáveis relevantes que consigam explicar o porquê de alguns residentes aprendem menos ou mais do que outros, a exemplo de motivação para aprender e motivação para transferir o conhecimento aprendido. Sugere-se, também, a realização de pesquisas que avaliem outros efeitos de treinamentos, além da aprendizagem (reação, transferência e resultados).

Considerações finais

Este artigo avaliou, por meio de um corte longitudinal, os resultados de aprendizagem de HSA em residentes médicos e não médicos. Para atingir esse objetivo, foram desenvolvidos e aplicados treinamentos de HSA com método de ensino distintos, bem como três TJS, formados por situações reais/dilemas do cotidiano das equipes multiprofissionais em saúde, que demandam do residente proposição de soluções.

Os resultados indicaram que os escores de aprendizagem aumentaram discretamente após o treinamento e decaíram um mês após a intervenção nos dois grupos experimentais. Os escores de aprendizagem foram mais elevados nos residentes que participaram do treinamento baseado na

combinação de métodos de transmissão de informação e discussão de caso do que nos que participaram do treinamento baseado em somente uma estratégia de ensino (discussão de caso).

As pontuações dos testes atribuídas por três avaliadores diferentes, de forma individual, obtiveram um alto nível de convergência, indicando, portanto, que a folha de correção continha critérios bem definidos de pontuação e que o treinamento de avaliadores pode ter contribuído para escores semelhantes de avaliação. O TJS parece ser uma medida adequada para mensurar a aprendizagem de HSA no contexto de saúde, e a correção de itens subjetivos (perguntas abertas) pode ser realizada de forma rápida e precisa quando amparada por critérios de pontuação bem definidos. Os TJS, construídos e aplicados neste estudo, formados por situações e cenários diversificados de aprendizagem, podem ser utilizados como parte do material instrucional de treinamentos de HSA com objetivos semelhantes. No entanto, é importante definir critérios de correção dos testes e treinar os avaliadores de forma a garantir uma correção rápida e precisa. Apesar da amostra reduzida de participantes, sobretudo no *follow-up* (T3), a pesquisa propôs um desenho longitudinal multicêntrico (dois hospitais), atendendo a uma recomendação de Reeves (2016), que encorajou pesquisadores a investigar efeitos prolongados de ações de educação interprofissional em mais de um contexto de pesquisa. Futuras pesquisas podem investigar, por exemplo, efeitos de treinamento na aprendizagem de residentes em momentos distintos do programa (início, meio e fim).

A amostra reduzida de participantes na intervenção (n = 17), a ausência de grupo controle, assim como a designação aleatória dos participantes nos grupos experimentais foram as principais limitações deste estudo. Além disso, os grupos experimentais (GE1 e GE2) não foram equivalentes, uma vez que os sete integrantes do GE1 participaram do treinamentos em uma mesma turma, o que favoreceu trocas interprofissionais entre cinco formações distintas (enfermagem, psicologia, nutrição, serviço social e terapia ocupacional), enquanto os 10 participantes do GE2 participaram do treinamento em turmas distintas, sendo algumas formadas por apenas um participante, o que inviabilizou a discussão de caso interprofissional após a exposição de vídeos. A amostra de

participante ficou ainda mais reduzida no T3 (*follow-up*), N = 8, inviabilizando algumas análises estatísticas inter e intragrupo. Sugere-se que, em futuras pesquisas, seja utilizada uma estimativa amostral superior à indicada pelo *software GPower*, em virtude da tendência de perda de sujeito em pesquisas longitudinais. Pereira-Guizzo, Del Prette, Del Prette e Leme (2018) recomenda também o uso de técnicas qualitativas de investigação, a exemplo das entrevistas com os participantes para avaliação dos efeitos do treinamento sobre a aprendizagem.

A duração do treinamento (1 hora e 30 minutos) aliada à modalidade *online* pode não ter contribuído para a participação interprofissional dos residentes, tampouco para um aumento significativo nos escores de aprendizagem das habilidades sociais treinadas. Embora tenha havido um *rapport* no início do treinamento, a brevidade da carga horária pode não ter sido suficiente para criar um ambiente de confiança, que estimulasse uma participação ativa dos residentes junto ao instrutor externo e aos demais participantes.

Portanto, sugere-se que estudos futuros testem a aplicação de treinamentos de HSA, na modalidade *online,* com uma carga horária mais extensa e com mais de uma sessão de treinamento, de forma que os residentes tenham um tempo maior para uma participação mais ativa ao longo da intervenção. Sugere-se, também, a realização de pesquisas de corte transversal que investiguem se há alguma diferença significativa dos escores em testes situacionais de habilidades socioafetivas entre profissionais de diferentes áreas e especialidades, tempo de experiência, contexto de atuação, dentre outras características dos participantes e do cenário de atenção ao paciente, bem como se há alguma relação preditiva com variáveis de suporte à transferência da aprendizagem e motivação para aprender e/ou transferir a aprendizagem de HSA para o trabalho em equipes inter e multiprofissionais.

Considerações finais e recomendações da tese

O objetivo geral desta tese foi elaborar treinamentos e materiais instrucionais sobre habilidades socioafetivas no trabalho colaborativo e interprofissional de residentes (médicos e não médicos) em saúde. Para alcançar esse objetivo, foram realizados seis estudos sequenciais e interdependentes, em formato de manuscrito científico, que apresentaram resultados e recomendações importantes para o ensino em saúde e a psicologia social do trabalho e das organizações, em específico na área de Treinamento, Desenvolvimento e Educação (TD&E). A Tabela 1 resume os objetivos e principais resultados dos três primeiros manuscritos.

Tabela 1

Resultados da Tese (manuscritos 1, 2 e 3)

Manuscrito	Objetivo/Hipóteses	Principais resultados
1	Identificar características de equipes e treinamentos voltados ao trabalho em equipes inter e multiprofissionais em saúde e descrever quais as habilidades socioafetivas (HSA) são consideradas necessárias ao trabalho colaborativo eficaz.	- Pouco consenso sobre o conceito de habilidades sociais; - Predomínio de treinamentos com conteúdo instrucionais mistos (habilidades técnicas e não técnicas); - Desvalorização de treinamentos com conteúdo exclusivamente não técnicos; - Efetividade de metodologias ativas aprendizagem ativa (ex.: simulações); - Predomínio de treinamentos de longa duração, com espaçamento temporal e modalidade presencial; - Uso de pacotes de treinamento (*TeamSTEPPS* e CRM); - Ausência de ANT e planejamentos instrucional detalhado; - Uso de instrumentos de autorrelato; - Baixa participação multiprofissional; - Treinamentos focados na relação profissional-paciente e não profissional-profissional; -Delineamentos longitudinais pós teste.
2	Analisar treinamentos realizados com residentes de saúde durante a pandemia da COVID-19, com foco na aprendizagem de habilidades socioafetivas (HSA) relevantes ao trabalho colaborativo	- Necessidades de aprendizagem de HSA potencializadas durante a pandemia; - Mudanças bruscas na estrutura e forma de trabalho das equipes durante a pandemia; - Dificuldades adicionais para trabalhar de forma colaborativa; - Prejuízos na saúde mental do funcionário; - Prevalência de atividades educacionais de prevenção ao bem-estar psicológico; - Adaptações nos programas de residência. Algumas áreas mais afetadas que outras; - Consolidação de ensino remoto em algumas áreas da saúde; - Maior possibilidade de trabalho no formato de redes

Manuscrito	Objetivo	Principais resultados
2		interprofissionais; - Pouca valorização de treinamentos de HSA nos programas de residência; - Pouca participação interprofissional entre residentes; - Prevalência de participação em treinamentos de residente médicos, de especialidades cirúrgicas; - Predomínio de estudos descritivos e transversais.
3	Avaliar necessidades de aprendizagem de habilidades socioafetivas (HSA) em uma amostra de residentes médicos e não médicos, a partir da técnica de incidentes críticos.	- Necessidades de aprendizagem de HSA, por meio da extração de incidentes críticos em entrevistas com preceptores e residentes: (i) compreensão de papéis e responsabilidades dos integrantes das equipes inter ou multiprofissionais, (ii) diálogo sobre situações e condutas relativas ao paciente com profissionais de outras formações e especialidades, (iii) tomada conjunta de decisão sobre o cuidado e a segurança do paciente.

No **Manuscrito 1** foi realizado um panorama de treinamentos de HSA na educação interprofissional em saúde (EIP), nos últimos vinte anos, que indicou um crescimento do campo, embora com ressalvas, sobretudo na definição dos construtos treinados, desenhos instrucionais, interprofissionalidade do público-alvo e instrumentos de avaliação. Foi observado um predomínio de treinamentos de HSA, associados à comunicação e ao trabalho em equipe em detrimento de outras habilidades também importantes e necessárias à prática colaborativa multiprofissional, como civilidade, compreensão de papéis, tomada de decisão em conjunto, debate de opiniões distintas etc. O conceito de HSA é muito amplo e tem sido utilizado de forma imprecisa nas descrições de treinamento. Notou-se, ainda, uma ênfase em treinamentos voltados ao aprimoramento de habilidades de comunicação dos profissionais de saúde para o atendimento das demandas e expectativas dos pacientes, familiares e cuidadores, e pouca atenção à qualidade das interações sociais e afetivas entre os integrantes de equipes multi e interprofissionais. A comunicação de más notícias é um exemplo deste tipo de comunicação treinada e bastante mencionada na literatura.

Muitas organizações em saúde utilizam pacotes de treinamentos, previamente estruturados e aplicados, a exemplo do treinamento *TeamSTEPPS* (Sheppard, Williams & Klein, 2013; Liaw, Zhou, Lau, Siau & Chan, 2014), que foi mencionado em vários estudos que focavam a aprendizagem de HSA, como comunicação e trabalho em equipe. O seu material instrucional inclui descrições de

situações práticas e estratégias de solução do problema. Contudo, esse modelo de treinamento pode não ser sensível às variações culturais de alguns países, assim como às demandas específicas de aprendizagem, geradas na interação socioafetiva de integrantes de equipes multi e interprofissionais.

Foi identificado na literatura, também, um predomínio de treinamentos compostos por conteúdos mistos, que trabalham, ao mesmo tempo, aprimoramento de habilidades técnicas (ex.: transporte de pacientes graves) e não técnicas (ex.: comunicação interprofissional efetiva voltada para a busca da sincronia das manobras técnicas). A combinação dos conteúdos pode contribuir para a adesão de profissionais aos treinamentos, visto que se percebe, ainda, pouca valorização dos treinamentos que trabalham exclusivamente habilidades não técnicas. Esses treinamentos, quando ocorrem, possuem um foco em intervenções psicossociais, de melhoria de bem-estar psicológico, por exemplo.

Foi observado, também, no Manuscrito 1 uma falta de consenso sobre o efeito das características do desenho, da entrega e da implementação nos resultados de treinamentos de HSA em equipes multi e interprofissionais. A relação preditiva entre essas variáveis ainda é pouco consistente, em virtude da variabilidade de formatos desses treinamentos, heterogeneidade de construtos e de público-alvo na área da saúde (diversas formações acadêmicas, áreas de atuação, nível de escolaridade, tipo de instituição de saúde). As revisões de literatura consultadas apontaram dificuldades para comparar os estudos, visto que há variação de complexidade, amplitude e heterogeneidade do campo de atuação em saúde.

Os treinamentos de HSA identificados ocorrem, com mais frequência, na modalidade presencial, possuem longa duração (mais de 4 horas), são realizados em cenários de prática, utilizam informação, demonstração e prática, bem como métodos ativos de aprendizagem, como a simulação realística e a discussão de casos. As pesquisas relatam que esses treinamentos ocorrem normalmente em hospitais universitários ou em centros de simulação e que há pouca diversidade na profissão dos participantes do treinamento (duas a três profissões de saúde). Enfermeiros (as) e

médicos (as) são mencionados (as) com mais frequência nas pesquisas sobre treinamento em equipe do que outras profissões da equipe multiprofissional. Em treinamentos de equipes cirúrgicas é mais comum a presença de diferentes profissões e especialidades.

Foram identificados estudos que avaliaram os treinamentos em diversos níveis, havendo um predomínio, contudo, de avaliações de reação e de mudanças de atitudes e comportamentos com instrumentos, em sua maioria, de autorrelato e com poucas evidências de validade. O Manuscrito 1 mostra que o campo de EIP cresceu, porém ainda é heterogêneo, difuso e sua publicação científica mais robusta (delineamento experimental e longitudinal) está concentrada em países do hemisfério norte. Outras variáveis contextuais são pouco investigadas e incluídas nos estudos sobre treinamento, como a baixa disponibilidade de profissionais de saúde aderirem-na adesão às intervenções educacionais e a ausência de análises de necessidades de aprendizagem contínuas e sistemáticas junto a amostras de residentes.

A taxonomia *Interpac*t (Xyrichis, Reeves & Zwarensteint, 2017), que combina as dimensões do trabalho colaborativo aos tipos de desenhos de equipe, pode ser utilizada em futuras pesquisas para uma realização de diagnósticos precisos de necessidades de aprendizagem e proposições específicas de melhoria do trabalho realizado por integrantes de equipes multi e interprofissionais. A aplicação da taxonomia pode contribuir para o planejamento e para a implantação de treinamentos inerentes e compatíveis com as necessidades de cada tipo/desenho de equipe multi e interprofissional (ex.: coordenação, colaboração e rede). O detalhamento de definições constitutivas e operacionais em portifólios de HSA e *frameworks* de competências de trabalho colaborativo também é um recurso valioso, que precisa ser incluído como etapa do planejamento das ações de EIP, com o intuito de padronizar estratégias educacionais, tornando os estudos do campo de ensino em saúde mais comparáveis.

O **Manuscrito 2** mostrou que, embora tenha aumentado o número de pesquisas sobre treinamentos de HSA no contexto de saúde, faz-se necessário ampliar as investigações sobre a implementação e a manutenção dessas intervenções educacionais, dentro de um contexto de

aplicação complexo e cheio de peculiaridades, como o da saúde. Essas intervenções educacionais devem ser integradas aos planos de gestão e educação continuada, com o intuito de tornar e manter o profissional apto ao enfrentamento de circunstâncias diversificadas de assistência ao paciente.

O manuscrito reforça que, apesar do crescimento das ações de EIP, os profissionais de saúde apresentam lacunas de aprendizagem de HSA importantes, que trazem prejuízos ao cuidado e à segurança do paciente. Essas lacunas devem ser cuidadosamente analisadas por educadores em saúde, de forma a reajustar currículos de formação profissional e programas de educação permanente. O formato dos programas de residência parece ser promissor para a aprendizagem e o aprimoramento de HSA, porém os resultados do referido manuscrito ainda indicam uma maior valorização de treinamentos de habilidades técnicas do que das socioafetivas, principalmente nos cursos de formação profissional.

Apesar do aumento de ações de suporte social entre os profissionais de saúde, a experiência da pandemia da covid-19 evidenciou o despreparo dos profissionais para atuarem de forma colaborativa em equipes multi e interprofissionais. No entanto, a experiência pandêmica contribuiu para consolidar práticas de ensino remoto, mediadas por tecnologias de informação e comunicação, sobretudo em programas de residência, os quais precisaram adaptar-se bruscamente às novas condições de trabalho e de aprendizagem impostas pela pandemia. Recursos possíveis seriam pesquisas que investiguem os efeitos da pandemia nesses programas de residência e que proponham ações instrucionais de HSA no contexto multiprofissional.

Embora tenha sido identificada uma quantidade elevada de estudos descritivos sobre intervenções educativas realizadas em programas de residências durante a pandemia, foram encontrados poucos estudos sobre treinamentos *online* oferecidos para grupos de profissionais de diferentes formações acadêmicas, sobretudo para residentes médicos e não médicos, contrariando a proposta das residências multiprofissionais, que objetivam formar o profissional para oportunizar ao paciente um cuidado integrado e sistêmico.

Foi observado, na revisão do Manuscrito 2, um predomínio de ações EIP *online* em contextos cirúrgicos, com o apoio de tecnologias de realidade virtual e aumentada, bem como de robôs, que simulam realisticamente procedimentos de alta complexidade. Os eventos instrucionais de outras áreas da residência em saúde, sobretudo de natureza multiprofissional, também precisam de uma maior investigação, por meio de delineamentos de pesquisas robustos e longitudinais e utilização de métodos ativos de treinamento como as simulações.

O **Manuscrito 3** identificou três importantes lacunas de aprendizagem de HSA, em residentes médicos e não médicos, por meio da técnica de incidentes críticos. Essas lacunas (incompreensão de papéis e responsabilidades dos integrantes das equipes inter ou multiprofissionais, falta de diálogo sobre situações e condutas relativas ao paciente com profissionais de outras formações e especialidades e tomada de decisão individualizada sobre o cuidado e a segurança do paciente) assemelham-se às necessidades de aprendizagem identificadas em pesquisas de diferentes países do mundo, realizadas com residentes do primeiro ano de formação. (Allen et al.,2022, Garth et al., 2018; Keshmiri et al., 2022). Nesse sentido, a falta de oportunidades de prática interprofissional nos cursos de graduação parece ser um problema não só do Brasil, mas de vários países do mundo.

O Manuscrito 3 contribuiu ao identificar lacunas de aprendizagem de HSA e descrever um método adequado ao diagnóstico. A técnica de incidentes críticos, com a participação de múltiplas fontes humanas de informação, utilizada para avaliar fenômenos de trabalho, mostrou-se apropriada e sensível à complexidade e à natureza afetiva do conceito de HSA e ao campo de saúde, podendo, portanto, ser utilizada em outros estudos de diagnóstico no lugar de estudos baseados em autorrelato

O uso de grupos focais com profissionais de diferentes formações e áreas de atuação, combinado à técnica de incidentes críticos, também é recomendado nos estudos de diagnóstico de demandas de aprendizagem, pois existem peculiaridades de algumas áreas e contextos da saúde que podem tornar essa avaliação mais precisa e alinhada aos desempenhos esperados, à cultura e à

diversidade de cenários de prática profissional em saúde. Sugere-se a realização de pesquisas que investiguem demandas de aprendizagem de HSA entre diferentes profissionais de saúde (ex.: médico e farmacêutico) e de especialidades distintas (ex.: oncologia e centro cirúrgico), assim como utilizem auto e heteroavaliações no diagnóstico dessas necessidades. A Tabela 2 apresenta os objetivos e principais resultados dos três manuscritos seguintes, denominados como 4, 5 e 6.

Tabela 2

Resultados da Tese (manuscritos 4, 5 e 6)

Manuscrito	Objetivo/Hipóteses	Principais resultados
4	(I) Descrever o processo de construção e busca de evidências de validade semântica e de conteúdo de TJS no trabalho de residentes em saúde; (ii) Descrever a construção de uma folha de correção (gabarito) dos TJS e (iii) testar a equivalência da complexidade dos conteúdos dos itens dos TJS.	- Três TJS formados por quatro perguntas abertas e descrições de situações práticas reais vivenciadas por equipes multiprofissionais em cenários distintos de saúde (ambulatório, UTI e unidades de internação). - TJS alinhados às necessidades de aprendizagem e aos objetivos instrucionais dos treinamentos. - TJS úteis para avaliar longitudinalmente a aprendizagem em diferentes momentos no tempo e para compor o material de treinamentos de HSA.
5	Descrever o processo de elaboração de três treinamentos sobre habilidades socioafetivas (HSA) com métodos distintos (prático, teórico-prático e teórico) para residentes médicos e não médicos e a confecção dos materiais instrucionais necessários à implantação dos treinamentos.	- Três planos de treinamentos de HSA, baseados em diagnósticos de necessidades de treinamento, em objetivos instrucionais redigidos com o apoio de taxonomias de aprendizagem e em elementos da teoria de desenho instrucional; - Treinamento prático, baseado em discussão de casos práticos e reais; - Treinamento teórico-prático baseado em transmissão de informação e discussão de casos práticos e reais; - Treinamento teórico baseado em transmissão de informação.

6	***H1:*** Não há diferença significativa entre os escores obtidos pelos dois grupos experimentais (GE1 e GE2) no pré-teste (T1). ***H2***: Os escores obtidos pelo Grupo Experimental 2 serão mais altos do que os obtidos pelo Grupo Experimental 1 no pós-teste (T2) ***H3:*** Os escores obtidos pelo Grupo Experimental 2 serão mais altos do que os obtidos pelo Grupo Experimental 1 no pós-teste (T3). ***H4:*** Para o Grupo Experimental 1, os escores no pós-teste (T2) são maiores do que os escores no pré-teste (T1). ***H5***: Para o Grupo Experimental 2, os escores no pós-teste (T2) são maiores do que os escores no pré-teste (T1). ***H6:*** Para o Grupo Experimental 1, os escores no pós-teste (T3) são maiores do que os escores no pós-teste (T2). ***H7***: Para o Grupo Experimental 2, os escores no pós-teste (T3) são maiores do que os escores no pós-teste (T2).	- 17 residentes médicos e não médicos participaram de dois tipos de treinamento de HSA com os mesmos objetivos instrucionais, porém com dois métodos de ensino distintos (prático e teórico prático); - Os escores de aprendizagem nos dois grupos experimentais aumentaram discretamente após o treinamento e decaíram um mês após as intervenções; - Os escores de aprendizagem nos pós testes (T2) foram mais elevados nos residentes que participaram do treinamento teórico-prático do que nos que participaram do treinamento prático; - Não houve diferenças significativas entre os escores de aprendizagem atribuídos por diferentes avaliadores; - O tempo de correção foi em média de 3 minutos e meio.

O **Manuscrito 4** detalhou o processo de construção e busca de evidências de validade de três TJS que foram utilizados para avaliar a aprendizagem de residentes antes e após a aplicação de dois métodos de treinamento de HSA. A construção dos testes é complexa, exige rigor metodológico e participação de profissionais que conheçam profundamente a área de aplicação. A descrição detalhada do incidente crítico, realizada no manuscrito anterior, assim como o cumprimento de sucessivas etapas de validação de conteúdo e semântica, contribuíram para a redação de situações fiéis e precisas da realidade de trabalho do residente. Além disso, a elaboração de uma folha de correção, com critérios bem detalhados e definidos, minimizou a subjetividade da questão aberta, assim como um possível viés do avaliador no momento da correção.

O manuscrito mostrou que o rigor e o tempo investidos na construção desses testes são compensados pela praticidade e rapidez no momento da correção e, portanto, devem ser aplicados,

com mais frequência, em contextos de ensino em saúde. Os testes podem ser aplicados no formato tradicional, escrito, por meio de vídeos ou *games*. A diversificação das situações e dos cenários de prática, apresentados nos testes, tal como a constância da sua aplicação são fatores cruciais para a retenção e generalização da aprendizagem. Os testes podem ser utilizados, também, como material de treinamento, estimulando discussões em grupo, simulações de solução de problemas que requerem a expressão de HSA associadas à *debriefings* dos participantes do treinamento e do instrutor. Sugere-se a realização de novas pesquisas, que utilizem TSJ na avaliação de aprendizagem de outros tipos de HSA relevantes ao trabalho colaborativo em saúde, bem como investiguem a complexidade dos conteúdos dos testes por meio de delineamentos experimentais e quase experimentais.

Os três planos instrucionais, elaborados no **Manuscrito 5,** também foram baseados nas revisões de literatura realizadas nos manuscritos 1 e 2, bem como no diagnóstico de demandas de aprendizagem de HSA, realizado no Manuscrito 3 e nos TJS elaborados no Manuscrito 4. O Manuscrito 5 descreveu, de forma detalhada, o processo de construção de treinamentos, de acordo com elementos norteadores de planejamento, extraídos de teorias de desenho instrucional. Esse nível de detalhamento é pouco encontrado nas pesquisas empíricas da área de treinamento e é considerado relevante para desenhistas instrucionais e gestores da área de saúde, assim como pesquisadores que desejam replicar pesquisas em contexto distintos.

O processo de planejamento e construção de treinamentos baseados em métodos distintos de ensino é desafiador, porém fornece insumos valiosos sobre as condições instrucionais que possibilitam o alcance de melhores resultados de aprendizagem. Dessa forma, outros métodos de ensino podem ser testados em futuras pesquisas. Os elementos extraídos das teorias de desenho instrucionais norteiam a elaboração de treinamentos de qualidade, porém não garantem a efetividade dos resultados produzidos, uma vez que existem diversas variáveis externas ao desenho que influenciam diretamente em sua avaliação.

A área de saúde, por exemplo, possui um histórico de baixa adesão voluntária a treinamentos. No caso da presente tese, o período de implantação dos treinamentos não favoreceu a adesão dos residentes, uma vez que eles se preparam durante esses meses (outubro-novembro) para as avaliações finais do primeiro ano de residência. Além disso, o país, durante o período de realização da pesquisa, passava por um período politicamente conturbado, com cortes de recursos para a saúde e para os hospitais universitários públicos e perda do valor das bolsas pagas aos residentes, o que trouxe reflexos socioeconômicos desfavoráveis na vida do residente e pode ter diminuído a motivação para participar do treinamento (quase experimento).

O **Manuscrito 6** mostrou os resultados de escores de aprendizagem de uma amostra reduzida de 17 residentes médicos e não médicos do primeiro ano. A quantidade reduzida da amostra, além de ter limitadas análises estatísticas inferenciais, impossibilitou a aplicação de três métodos distintos de ensino, como havia sido planejado (teórico, teórico-prático e prático e grupo controle). O treinamento teórico, baseado exclusivamente em transmissão de informações pelo instrutor, foi elaborado no Manuscrito 5, entretanto não foi implantado em virtude da baixa quantidade de inscrições no treinamento. Os outros dois métodos (teórico-prático e prático) foram priorizados, pois possibilitaram oportunidades de prática, por meio de discussão de caso em grupo.

No entanto, algumas turmas de treinamento ocorreram com a presença de poucos participantes (1 a 3 participantes), o que contrariou o planejamento da pesquisa que previa grupos maiores em cada aplicação do treinamento. Em função da baixa adesão ao treinamento restringiu-se ou impossibilitou-se, em algumas situações, a discussão de casos por residentes de diferentes profissões de saúde. Outra limitação importante no último manuscrito foi a ausência de grupo controle, em função do tamanho reduzido da amostra, não sendo possível, portanto, afirmar que o efeito gerado, mesmo que pequeno, seja atribuído, com segurança, ao treinamento.

Apesar das limitações apontadas, os resultados desta tese fornecem caminhos importantes para treinamentos com profissionais que atuam em equipes inter e multiprofissionais, sobretudo no Brasil, onde há um predomínio de pesquisas que avaliam treinamentos com delineamentos pouco

robustos. Além disso, foi observado que o formato e o objetivo das residências multiprofissionais possibilitam oportunidades diárias e intensas de aprimoramento das HSA presentes no trabalho colaborativo. Contudo, na prática, essas residências, ao que parece, ainda não mantém interações sólidas e saudáveis com mais do que duas profissões (ex.: psicologia e nutrição). A residência médica, ao que parece, permanece atuando de forma isolada das demais profissões, mesmo que tenha oportunidades de prática colaborativa junto a profissionais de outras especialidades da medicina.

O uso consistente de um repertório de HSA no cotidiano do trabalho multiprofissional contribui para a qualidade da assistência ao paciente, para a saúde mental dos profissionais e para um melhor relacionamento entre os integrantes das equipes. São necessárias investigações futuras sobre a melhor forma de treinar, em conjunto, esses profissionais oriundos de distintas formações acadêmicas, considerando as variáveis restritivas do contexto de saúde. É importante, também, testar novas estratégias de engajamento e adesão desses profissionais de saúde aos treinamentos de HSA. A parceria sólida e contínua entre pesquisadores e educadores da área da saúde parece ser uma estratégia importante para assegurar a participação desses profissionais em ações de TD&E. Espera-se que a descrição detalhada de treinamentos e de TJS desta tese, assim como os materiais instrucionais, norteiem o planejamento e a implantação de novas intervenções educacionais em HSA e investigações sobre os efeitos dessas intervenções em outros níveis de avaliação.

A tese possibilitou, portanto, diálogos relevantes, de natureza teórica-empírica, entre a psicologia instrucional e o ensino em saúde, estimulando práticas colaborativas, saudáveis e promissoras em contextos de trabalho. O trabalho trouxe contribuições práticas para os programas de residência em saúde, por meio dos treinamentos de HSA construídos, TJS e materiais instrucionais que podem ser aplicados no contexto de ensino-aprendizagem de profissionais de distintas áreas da saúde, contribuindo para uma formação consistente, significativa que oportuniza o aperfeiçoamento de habilidades técnicas e comportamentais cruciais a uma assistência qualificada ao paciente/cliente/usuário.

Referências

Abbad, G., Nogueira, R., & Walter, A. M. (2006). Abordagens instrucionais em planejamento de TD&E. In J. E. Borges-Andrade, G. S. Abbad, & L. Mourão (Org.) *Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho: fundamentos para a gestão de pessoas*, (pp. 255-281). Porto Alegre: Artmed

Abbad, G. S., Zerbini, T., Carvalho, R., & Meneses, P. P. M. (2006). Planejamento Instrucional em TD&E. In J. E. Borges-Andrade, G. S. Abbad, & L. Mourão (Org.), *Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho: fundamentos para a gestão de pessoas* (pp. 289-321). Porto Alegre: Artmed.

Abbad, G., Zerbini, T., & Borges-Ferreira, M. F. (2012). In G. S. Abbad, L. Mourão, P. Meneses, T. Zerbini, J.E. Borges-Andrade, R. Vilas-Boas. *Medidas de avaliação em treinamento, desenvolvimento e educação: ferramentas para gestão de pessoas* (pp. 78-90). Porto Alegre: Artmed.

Abbad, G. S., Parreira, C., Pinho, D., Queiroz, E., Torres, A., Furlanetto, D., Jorge, A., & Silva, N. (2016). Formação e Processos Educativos em Saúde. In G. S. Abbad, C. M. S. F. Parreira, D. L. M. Pinho, & E. Queiroz (Org.), *Ensino na Saúde no Brasil: Desafios para a formação profissional e qualificação para o trabalho* (pp. 27-48). Curitiba: Juruá.

Abbad, G. S., Gaspar, F., & Nascimento, A. (2020). Competências para o trabalho colaborativo em equipes multi e interdisciplinares no contexto do estágio. In S. M. G. Gondim, T. Zerbini, J. E. Borges-Andrade, G. S. Abbad (Org.), *Manual de orientação para docentes-supervisores de estágio em psicologia organizacional e do trabalho* (pp 79-112). São Paulo: Artesã.

Abbad, G. S., Nascimento, A. S., & Gaspar, F. D. R. (2020). Avaliação em treinamento, desenvolvimento e educação corporativa. In C. S. Hutz, D. R. Bandeira, C. M. Trentini, & A. C. S. Vazquez (Org.), *Avaliação psicológica no contexto organizacional e do trabalho* (pp. 226-246). Porto Alegre: Artmed.

Abbasi, S., Rakhshani, T., Rezaie, M., Ebrahimi, M. R., & Taravatmanesh, S. (2018). A study of emotional intelligence and the effect of educational intervention in emergency medicine residents. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy, 20*(1), 45-52. https://doi.org.10.12740/APP/82317

Agarwal, S., Sabadia, S., Abou-Fayssal, N., Kurzweil, A., Balcer, L. J., & Galetta, S. L. (2020). Training in neurology: flexibility and adaptability of a neurology training program at the epicenter of COVID-19. *Neurology*, *94*(24), 2608-2614. https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000009675

Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Ministério da Saúde (2010). *Resolução nº 7 de requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva.* http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html

Agreli, H. F., Peduzzi, M., Silva, M. C., Mascarelle, R. C. V., & Espinoza, P. (2019). Efeito da educação interprofissional no trabalho em equipe e no conhecimento do manejo de condições crônicas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 27*, 3203. https://doi.org/10.1590/1518-8345.3095.3203

Aguinis, H., & Kraiger, K. (2009). Benefits of training and development for individuals and teams, organizations, and society. *Annual review of psychology, 60*, 451-474. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.60.110707.163505

Ali, D. M., Hisam, B., Shaukat, N., Baig, N., Ong, M. E. H., Epstein, J. L., Goralnick, E., Kivela, P., McNally,B., & Razzak, J. (2021). Cardiopulmonary resuscitation (CPR) training strategies in the times of COVID-19: a systematic literature review comparing different training methodologies. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine, 29*(1), 1-16. https://doi.org/10.1186/s13049-021-00869-3

Allen, B. B., Schiller, J. H., Roberts, S. J., Allen, S. G., Morgan, H. K., & Malone, A. (2022). Collaboration in interprofessional teams: A needs assessment of factors that impact new resident physicians. *Journal of Interprofessional Care*, 1-8. https://doi.org/10.1080/13561820.2022.2094902

Altin, S. V., Tebest, R., Kautz-Freimuth, S., Redaelli, M., & Stock, S. (2014). Barriers in the implementation of interprofessional continuing education programs–a qualitative study from *Germany. BMC Medical Education, 14*(1), 1-9. https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-227

Anderson, R., Thier, M., & Pitts, C. (2017). Interpersonal and intrapersonal skill assessment alternatives: Self-reports, situational-judgment tests, and discrete-choice experiments. *Learning and Individual Differences, 5*3, 47-60. https://doi.org/10.1016/j.lindif.2016.10.017

Aziz, H., James, T., Remulla, D., Sher, L., Genyk, Y., Sullivan, M. E., & Sheikh, M. R. (2021). Effect of COVID-19 on surgical training across the United States: a national survey of general surgery residents. *Journal of surgical education*, *78*(2), 431-439. https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2020.07.037

Back, A., Tulsky, J. A., & Arnold, R. M. (2020). Communication skills in the age of COVID-19*. Annals of internal medicine, 172*(11), 759-760. https://doi.org/10.7326/M20-1376

Baldwin, T. T., & Ford, J. K. (1988). Transfer of training: A review and directions for future research. *Personnel psychology, 41*(1), 63-105. https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1988.tb00632.x

Banerjee, S. C., Manna, R., Coyle, N., Penn, S., Gallegos, T. E., Zaider, T., ... & Parker, P. A. (2017). The implementation and evaluation of a communication skills training program for oncology nurses. *Translational behavioral medicine, 7*(3), 615-623. https://doi.org/10.1007/s13142-017-0473-5

Barbosa, M., Del Piccolo, L., & Barbosa, A. (2019). Effectiveness of a brief training program in relational/communication skills for medical residents. *Patient education and counseling, 102*(6), 1104-1110. https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.01.013

Barceló, A., Cafiero, E., de Boer, M., Mesa, A. E., Lopez, M. G., Jiménez, R. A., ... & Bonfil, G. M. (2010). Using collaborative learning to improve diabetes care and outcomes: the VIDA project*. Primary care diabetes, 4*(3), 145-153. https://doi.org/10.1016/j.pcd.2010.04.005

Bardin, L. (2011). *Content analysis*. São Paulo: Edições, 70(279), 978-8562938047.

Barello, S., Falcó-Pegueroles, A., Rosa, D., Tolotti, A., Graffigna, G., & Bonetti, L. (2020). The psychosocial impact of flu influenza pandemics on healthcare workers and lessons learnt for the COVID-19 emergency: a rapid review. *International journal of public health, 65*(7), 1205-1216. https://doi.org/10.1007/s00038-020-01463-7

Barron, L. G., Ogle, A. D., & Rowe, K. (2022). Improving the effectiveness of embedded behavioral health personnel through situational judgment training. *Military Psychology*, 1-11. https://doi.org/10.1080/08995605.2021.1971938

Belarmino, A. D. C., Rodrigues, M. E. N. G., Anjos, S. D. J. S. B. D., & Ferreira Júnior, A. R. (2020). Práticas colaborativas em equipe de saúde diante da pandemia de COVID-19. *Revista brasileira de enfermagem*, 73. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0470

Bell, B. S., Tannenbaum, S. I., Kevin Ford, J., Noe, R. A., & Kraiger, K. (2017). 100 years of training and development research: What we know and where we should go. *Journal of Applied Psychology, 102(3*), 305–323. https://doi.org/10.1037/apl0000142

Berkhof, M., van Rijssen, H. J., Schellart, A. J., Anema, J. R., & van der Beek, A. J. (2011). Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: an overview of systematic reviews. *Patient education and counseling*, *84*(2), 152-162. https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.06.010

Bernardi, L., Germani, P., Del Zotto, G., Scotton, G., & de Manzini, N. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on general surgery training program: an Italian experience. *The American Journal of Surgery*, *220*(5), 1361-1363. https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2020.06.010

Bezerra, A. D. C., Morais, K. de C., Alencar, M. de, Sales Junior, R. de O., Machado, A. L. L. B., Alves, R. de C. L., Costa, D. E. S., Lima, M. A. G. de, Mendes, L. S. F., Santos, D. C. dos, & Silva Filho, L. S. da. (2021). Criação e utilização de tecnologias para enfrentamento da COVID-19 frente ao período de pandemia. *Research, Society and Development, 10*(2), e5210212225. https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12225

Bloom, B. (1956). *Taxonomy of educational objectives, Handbook 1: Cognitive domain.* New York: Longman.

Boet, S., Pigford, A. A., Fitzsimmons, A., Reeves, S., Triby, E., & Bould, M. D. (2016). Interprofessional team debriefings with or without an instructor after a simulated crisis scenario: an exploratory case study. *Journal of Interprofessional Care, 30*(6), 717-725. https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1181616

Borges-Andrade, J. E., & Lima, S. M. V. (1983). Avaliação de necessidade de treinamento: um método de análise de papel ocupacional. *Tecnologia Educacional*. EMBRAPA-DRH, 12(54), 6-22. Recuperado de: http://www.sidalc.net

Borges-Andrade, J. E. (2006). Avaliação integrada e somativa em TD&E. In J. E. Borges-Andrade, G. da S. Abbad, & L. Mourão (Orgs.), *Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho: fundamentos para a gestão de pessoas* (pp. 343-358). Porto Alegre: Artmed.

Borges-Andrade, J. E., Abbad, G. da S., & Mourão, L. (2012). Modelos de avaliação e aplicação em TD&E. In Da S. Abbad, L. Mourão, P. P. M. Meneses, T. Zerbini, J. E. Borges-Andrade, & R. Vilas-

Boas (Orgs.), *Medidas de Avaliação em Treinamento, Desenvolvimento e Educação: Ferramenta para Gestão de Pessoas* (pp. 20–35). Porto Alegre: Artmed.

Bragard, I., Etienne, A. M., Merckaert, I., Libert, Y., & Razavi, D. (2010). Efficacy of a communication and stress management training on medical residents' self-efficacy, stress to communicate and burnout: a randomized controlled study. *Journal of health psychology, 15*(7), 1075-1081. https://doi.org/10.1177/1359105310361992

Brief, A. P., & Weiss, H. M. (2002). *Organizational behavior: Affect in the workplace. Annual Review of Psychology,* 53, 279–307. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135156

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The lancet, 395*(10227), 912-920. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8

Brown, D. R., Gillespie, C. C., & Warren, J. B. (2016). EPA 9—collaborate as a member of an interprofessional team: a short communication from the AAMC Core EPAs for entering residency pilot schools. *Medical Science Educator, 26*(3), 457-461. https://doi.org/110.1007/s40670-016-0273-4

Buljac-Samardzic, M., Doekhie, K. D., & van Wijngaarden, J. D. (2020). Interventions to improve team effectiveness within health care: a systematic review of the past decade. *Human resources for health*, *18*(1), 1-42. BioMed Central Ltd. https://doi.org/10.1186/s12960-019-0411-3

Bullington, J., Söderlund, M., Sparén, E. B., Kneck, Å., Omérov, P., & Cronqvist, A. (2019). Communication skills in nursing: A phenomenologically-based communication training approach. *Nurse education in practice,* 39, 136-141. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.08.011

Campbell, J. C., Coben, J. H., McLoughlin, E., Dearwater, S., Nah, G., Glass, N., Lee, D., & Durborow, N. (2001). An evaluation of a system-change training model to improve emergency department response to battered women. *Academic emergency medicine,* 8(2), 131-138. https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2001.tb01277.x

Carroll, K., & Mesman, J. (2018). Multiple researcher roles in Video-Reflexive ethnography. *Qualitative health research, 28*(7), 1145-1156. https://doi.org/10.1177/1049732318759490

Carter, L. M., Beattie, B., Caswell, W., Fitzgerald, S., & Nowrouzi, B. (2016). An examination of interprofessional team functioning in a BScN blended learning program: Implications for accessible distance-based nursing education programs. *Canadian Journal of University Continuing Education, 41*(1). https://doi.org/10.21225/D5QW3Q

Casanova, I. A., Batista, N. A., & Ruiz-Moreno, L. (2015). Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde. *ABCS Health Sciences, 40*(3). https://doi.org/10.7322/abcshs.v40i3.800

Cechella, F., Abbad, G., & Wagner, R. (2021). Leveraging learning with gamification: An experimental case study with bank managers. *Computers in Human Behavior Reports*, 3, 100044. https://doi.org/10.1016/j.chbr.2020.100044

Chang, Y. C., Chou, L. T., Lin, H. L., Huang, S. F., Shih, M. C., Wu, M. C., Wu, C. L., Chen, P. T., & Chaou, C. H. (2019). An interprofessional training program for intrahospital transport of critically ill patients: model build-up and assessment. *Journal of Interprofessional Care*. https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1560247

Chasset, F., Barral, M., Steichen, O., & Legrand, A. (2022). Immediate consequences and solutions used to maintain medical education during the COVID-19 pandemic for residents and medical students: a restricted review. *Postgraduate medical journal*, 98(1159), 380-388. http://dx.doi.org/10.1136/postgradmedj-2021-139755

Chertoff, J. D., Zarzour, J. G., Morgan, D. E., Lewis, P. J., Canon, C. L., & Harvey, J. A. (2020). The early influence and effects of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic on resident education and adaptations. *Journal of the American College of Radiology, 17*(10), 1322-1328. https://doi.org/10.1016/j.jacr.2020.07.022

Chick, R. C., Clifton, G. T., Peace, K. M., Propper, B. W., Hale, D. F., Alseidi, A. A., & Vreeland, T. J. (2020). Using technology to maintain the education of residents during the COVID-19 pandemic. *Journal of surgical education, 77*(4), 729-732. https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2020.03.018

Chiu, T. F., Chu, D., Huang, S. J., Chang, M., Liu, Y., & Lee, J. J. (2021). Facing the coronavirus pandemic: An integrated continuing education program in Taiwan. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(5), 1–11. https://doi.org/10.3390/ijerph18052417

Christian, M. S., Edwards, B. D., & Bradley, J. C. (2010). Situational judgment tests: Constructs assessed and a meta-analysis of their criterion-related validities. *Personnel Psychology, 63*(1), 83-117. https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.2009.01163.x

Clark, P. G., & Drinka, T. J. (2000). Health Care *Teamwork: Interdisciplinary Practice and Teaching: Interdisciplinary Practice and Teaching*. ABC-CLIO.

Collins, L., Sicks, S., Hass, R. W., Vause-Earland, T., Ward, J., Newsome, C., & Khan, M. (2020). Self-efficacy and empathy development through interprofessional student hotspotting. *Journal of Interprofessional Care*, 1-4. https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1712337

Costa, F. D. S. B., & Carneiro Filho, D. M. (2021). Mudanças decorrentes da pandemia de COVID-19 em um programa de residência médica em medicina de família e comunidade–relato de experiência. *Brazilian Journal of Development*, *7*(2), 15716-15726. https://doi.org/10.34117/bjdv7n2-272

Cox, C. B., Barron, L. G., Davis, W., & de la Garza, B. (2017). Using situational judgment tests (SJTs) in training: Development and evaluation of a structured, low-fidelity scenario-based training method. *Personnel Review, 46*(1), 36-45. https://doi.org/10.1108/PR-05-2015-0137

Coyle, M., Martin, D., & McCutcheon, K. (2020). Interprofessional simulation training in difficult airway management: a narrative review. *British Journal of Nursing, 29*(1), 36-43. https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.1.36

Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2021). *Projeto de pesquisa-: Métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Penso Editora.

Crosby, D. L., & Sharma, A. (2020). Insights on otolaryngology residency training during the COVID-19 pandemic. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, *163*(1), 38-41. https://doi.org/10.1177/0194599820922502

Cualheta, L. P., & Abbad, G. D. S. (2021). Assessing Entrepreneurship Education Outcomes in an Innovative Way: Situational Judgment Tests. *Entrepreneurship Education and Pedagogy, 5*(1), 89-112. https://doi.org/10.1177/251512742097517

Curtis, J. R., Back, A. L., Ford, D. W., Downey, L., Shannon, S. E., Doorenbos, A. Z., ... & Engelberg, R. A. (2013). Effect of communication skills training for residents and nurse practitioners on quality of communication with patients with serious illness: a randomized trial. *Jama, 310*(21), 2271-2281. https://doi.org/10.1001/jama.2013.282081

D'Amour, D., & Oandasan, I. (2005). Inteprofessionality as the field of interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, 1, 8-20. https://doi.org/10.1080/13561820500081604

Da Guirra, P. S. B., de Souza Gomes, J., Biliu, K. S., MedVed, I. V., & de Almeida, V. C. (2020). Manejo do paciente com COVID-19 em pronação e prevenção de lesão por pressão. *Health Residencies Journal-HRJ, 1*(2), 71-87. https://doi.org/10.51723/hrj.v1i2.30

Da Silva Lourenço, B., da Silva, J. R. L., França, N. B. M., Praun, T. H., da Hora, K. O. B., Reis, L. D., & Silva, C. S. (2020). As habilidades socioemocionais necessárias ao enfrentamento da COVID-19. *Saúde Coletiva (Barueri), 10*(54), 2627-2632. https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2020v10i54p2627-2632

Da Silva, H. F., da Silva, J. F., da Silva Granadeiro, D., de Azevedo Granadeiro, R. M., da Silva Hanzelmann, R., Machado, W. C. A., & Passos, J. P. (2021). Videoconferência, estratégia educacional em tempos de pandemia COVID-19. *Research, Society and Development, 10*(10). https://doi.org/10.33448/rsd-v10i10.19267

Da Silva, J. A. M., Peduzzi, M., Orchard, C., & Leonello, V. M. (2015). Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49, 16-24. https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000800003

Damásio, A. (1996). *O erro de Descartes: Emoção. Razão e o Cérebro Humano*. São Paulo: Companhia das Letras.

Daniel, M., Gordon, M., Patricio, M., Hider, A., Pawlik, C., Bhagdev, R., ... & Stojan, J. (2021). An update on developments in medical education in response to the COVID-19 pandemic: a BEME scoping review: BEME Guide No. 64. *Medical teacher, 43*(3), 253-271. https://doi.org/10.1080/0142159X.2020.1864310

Daodu, O., Panda, N., Lopushinsky, S., Varghese Jr, T. K., & Brindle, M. (2020). COVID-19–considerations and implications for surgical learners. *Annals of surgery, 272*(1), e22-e23. https://doi.org10.1097/SLA.0000000000003927

Davies, N., Fletcher, S., & Reeves, S. (2016). Interprofessional education in maternity services: Is there evidence to support policy? *Journal of Interprofessional Care*, *30*(6), 812-815. https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1217833

De Meester, K., Verspuy, M., Monsieurs, K. G., & Van Bogaert, P. (2013). SBAR improves nurse–physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study. *Resuscitation, 84*(9), 1192-1196. https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2013.03.016

De Paula Rothebarth, A., Cesário, J. B., de Souza Lima, L. P., & Ribeiro, M. R. R. (2016). O trabalho em equipe na enfermagem: da cooperação ao conflito. *Revista Eletrônica Gestão e Saúde*, (2), 521-534. Recuperado de: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5555895

Dedeilia, A., Sotiropoulos, M. G., Hanrahan, J. G., Janga, D., Dedeilias, P., & Sideris, M. (2020). Medical and surgical education challenges and innovations in the COVID-19 era: a systematic review. *In vivo, 34*(3 suppl), 1603-1611. https://doi.org/10.21873/invivo.11950

Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2003). No contexto da travessia para o ambiente de trabalho: Treinamento de habilidades sociais com universitários. *Estudos de Psicologia, 8*(3), 413-420. https://doi.org/10.1590/S1413-294X2003000300008

Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2017). Competência Social e Habilidades Sociais. Manual Teórico-Prático. Rio de Janeiro: Editora Vozes.

Del Prette, Z. A., Soares, A. B., Pereira-Guizzo, C. D. S., Wagner, M. F., & Leme, V. B. R. (2015). *Habilidades sociais: diálogos e intercâmbios sobre pesquisa e prática*. São Paulo: Sinopsys Editora e Sistemas Ltda

Denniston, C., Molloy, E., Nestel, D., Woodward-Kron, R., & Keating, J. L. (2017). Learning outcomes for communication skills across the health professions: a systematic literature review and qualitative synthesis. *BMJ Open*, 7, 14570. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016

Dietz, A. S., Pronovost, P. J., Mendez-Tellez, P. A., Wyskiel, R., Marsteller, J. A., Thompson, D. A., & Rosen, M. A. (2014). A systematic review of teamwork in the intensive care unit: what do we know about teamwork, team tasks, and improvement strategies?. *Journal of critical care*, *29*(6), 908-914.https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2014.05.025

Elfenbein, H. A., & Shirako, A. (2006). An emotion process model for multicultural teams. Research on managing groups and teams. In *National culture and groups,* 263-297. https://doi.org/10.1016/S1534-0856(06)09011-6/full/html

Ellis, D., Crofts, J. F., Hunt, L. P., Read, M., Fox, R., & James, M. (2008). Hospital, simulation center, and teamwork training for eclampsia management: a randomized controlled trial*. Obstetrics & Gynecology, 111*(3), 723-731. https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181637a82

Ellis, R., Hay-David, A. G. C., & Brennan, P. A. (2020). Operating during the COVID-19 pandemic: how to reduce medical error. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 58*(5), 577-580. https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2020.04.002

Escalda, P., & Parreira, C. M. D. S. F. (2018). Dimensões do trabalho interprofissional e práticas colaborativas desenvolvidas em uma unidade básica de saúde, por equipe de Saúde da

Família. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 22, 1717-1727. Recuperado de:https://www.scielosp.org/article/icse/2018.v22suppl2/1717-1727/pt

Fallowfield, L., Jenkins, V., Farewell, V., & Solis-Trapala, I. (2003). Enduring impact of communication skills training: results of a 12-month follow-up. *British journal of cancer*, *89*(8), 1445-1449. https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6601309

Farnan, J. M., Johnson, J. K., Meltzer, D. O., Humphrey, H. J., & Arora, V. M. (2008). Resident uncertainty in clinical decision making and impact on patient care: a qualitative study. *BMJ Quality & Safety*, *17*(2), 122-126. http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2007.023184

Feder, S., Smith, D., Griffin, H., Shreve, S. T., Kinder, D., Kutney-Lee, A., & Ersek, M. (2021). "Why Couldn't I Go in To See Him?" Bereaved Families' Perceptions of End-of-Life Communication During COVID-19. *Journal of the American Geriatrics Society, 69*(3), 587-592. https://doi.org/10.1111/jgs.16993

Fernandez, R., Lord, H., Halcomb, E., Moxham, L., Middleton, R., Alananzeh, I., & Ellwood, L. (2020). Implications for COVID-19: A systematic review of nurses' experiences of working in acute care hospital settings during a respiratory pandemic. *International journal of nursing studies*, 111, 103637. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103637

Flanagan, J. C. (1954). *The critical incident technique*. Psychological bulletin, 51(4), 327. https://doi.org/10.1037/h0061470

Fonseka, T., Ellis, R., Salem, H., Brennan, P. A., & Terry, T. (2020). The effects of COVID-19 on training within urology: lessons learned in virtual learning, human factors, non-technical skills and reflective practice. *Journal of Clinical Urology, 14*(1), 29-35. https://doi.org/10.1177/2051415820950109

Forbes III, T. H., Larson, K., Scott, E. S., & Garrison, H. G. (2020). Getting work done: a grounded theory study of resident physician value of nursing communication. *Journal of interprofessional care, 34*(2), 225-232.https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1631764

Ford, J. K., Baldwin, T. T., & Prasad, J. (2018). Transfer of training: The known and the unknown. *Annual review of organizational psychology and organizational behavior*, *5*, 201-225. https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032117-104443

Franzoni, A. L., Assar, S., Defude, B., & Rojas, J. (2008). Student learning styles adaptation method based on teaching strategies and electronic media. In *2008 Eighth IEEE International Conference on Advanced Learning Technologies* (pp. 778-782). https://doi.org/10.1109/ICALT.2008.149

Frengley, R. W., Weller, J. M., Torrie, J., Dzendrowskyj, P., Yee, B., Paul, A. M., ... & Henderson, K. M. (2011). The effect of a simulation-based training intervention on the performance of established critical care unit teams. *Critical care medicine, 39*(12), 2605-2611. https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182282a98

Fung, L., Boet, S., Bould, M. D., Qosa, H., Perrier, L., Tricco, A., Tavares, W., & Reeves, S. (2015). Impact of crisis resource management simulation-based training for interprofessional and

interdisciplinary teams: A systematic review. *Journal of Interprofessional Care 29*(5), (pp.433–444). https://doi.org/10.3109/13561820.2015.1017555

Gagné, M. (2009). A model of knowledge-sharing motivation. *Human Resource Management: Published in Cooperation with the School of Business Administration*, The University of Michigan and in alliance with the Society of Human Resources Management, 48(4) (pp.571-589).

Gardner, A. K., & Dunkin, B. J. (2018). Evaluation of validity evidence for personality, emotional intelligence, and situational judgment tests to identify successful residents*. JAMA surgery*, 153(5), 409-416. https://doi.org/10.1001/jamasurg.2017.5013

Garth, M., Millet, A., Shearer, E., Stafford, S., Bereknyei Merrell, S., Bruce, J., Schillinger, E., Aaronson, A., & Svec, D. (2018). Interprofessional collaboration: a qualitative study of non-physician perspectives on resident competency. *Journal of general internal medicine*, 33(4), 487-492. https://doi.org/10.1007/s11606-017-4238-0

Gaspar, F. D. R. (2018). Avaliação de necessidades de aprendizagem de professores universitários da área de saúde (Dissertação de Mestrado). Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal. Recuperado de: https://repositorio.unb.br/handle/10482/32245

Gaspar, F. D. R., & Costa, T. A. (2011). Afetividade e atuação do Psicólogo Escolar. *Psicologia Escolar e Educacional, 15*(1), 121-129. https://doi.org/10.1590/S1413-85572011000100013

Gaspar, F. D. R., Abbad, G. D. S., & Lima, M. N. D. (2020). Importância das habilidades de ensino em saúde atribuída por estudantes e professores universitários. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18. https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00304

Gaspar, F. D. R., Abbad, G. D. S., & Rodrigues, C. M. L. (2021). Evidências de Validade para uma Escala de Habilidades de Ensino em Saúde. *Psico-USF, 26*, 403-416. https://doi.org/10.1590/1413-82712021260301

Gasque, K. C. D. S., Bessa, J. R., Caldeira, F. I. D., Oliveira, J. M., & Farias, W. D. D. (2021). Reorganização da qualificação profissional em saúde com a pandemia da COVID-19. *Colab.* http://dx.doi.org/10.51781/9786586920178148161

Gibon, A. S., Merckaert, I., Liénard, A., Libert, Y., Delvaux, N., Marchal, S., ... & Razavi, D. (2013). Is it possible to improve radiotherapy team members' communication skills? A randomized study assessing the efficacy of a 38-h communication skills training program. *Radiotherapy and Oncology, 109*(1), 170-177. https://doi.org/10.1016/j.radonc.2013.08.019

Goldman, J., & Xyrichis, A. (2020). Interprofessional working during the COVID-19 pandemic: sociological insights. *Journal of Interprofessional Care, 34*(5), 580-582. https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1806220

Goldstein, I. L., & Ford, K. (2002). *Training in Organizations: Needs Assessment, Development, and Evaluation* (4th ed.). Wadsworth/Thomson Learning

Gondim, S. M. G., & Mutti, C. (2011). Affections in learning situations: A study of an entrepreneurship skills development course. *Journal of Workplace Learning, 23*(3), 195–208. https://doi.org/10.1108/13665621111117224

Gordon, M., Patricio, M., Horne, L., Muston, A., Alston, S. R., Pammi, M., ... & Daniel, M. (2020). Developments in medical education in response to the COVID-19 pandemic: a rapid BEME systematic review: BEME Guide No. 63. *Medical teacher, 42*(11), 1202-1215 https://doi.org/10.1080/0142159X.2020.1807484

Gray, E. K., Watson, D., Payne, R., & Cooper, C. (2001). Emotion, mood, and temperament: Similarities, differences, and a synthesis. *Emotions at work: Theory, research and applications for management*, 21-43.

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2009). *Análise multivariada de dados.* Bookman editora.

Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care*, 1, 188-196. https://doi.org/10.1080/13561820500081745

Haller, G., Garnerin, P., Morales, M. A., Pfister, R., Berner, M., Irion, O., . . . Kern, C. (2008). Effect of crew resource management training in a multidisciplinary obstetrical setting. *International Journal for Quality in Healthcare*, 20, 254–263. http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzn018

Hammick, M., Freeth, D., Koppel, I., Reeves, S., & Barr, H. (2007). A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9. *Medical teacher*, *29*(8), 735-751.https://doi.org/10.1080/01421590701682576

Hamui-Sutton, A., Vives-Varela, T., Gutiérrez-Barreto, S., Leenen, I., & Sánchez-Mendiola, M. (2015). Uma tipologia de incerteza derivada de uma análise de incidentes críticos em médicos residentes: um estudo de métodos mistos. *BMC educação médica, 15* (1), 1-11. https://doi.org/10.1186/s12909-015-0459-2

Hanyok, L. A., Walton-Moss, B., Tanner, E., Stewart, R. W., & Becker, K. (2013). Effects of a graduate-level interprofessional education program on adult nurse practitioner student and internal medicine resident physician attitudes towards interprofessional care. *Journal of Interprofessional Care,* 27, 526–528. http://dx.doi.org/10.3109/13561820.2013 .790881

Havyer, R. D., Nelson, D. R., Wingo, M. T., Comfere, N. I., Halvorsen, A. J., McDonald, F. S., & Reed, D. A. (2016). Addressing the interprofessional collaboration competencies of the Association of American Medical Colleges: a systematic review of assessment instruments in undergraduate medical education. *Academic Medicine, 91*(6), 865-888.https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001053

Hau, H. M., Weitz, J., & Bork, U. (2020). Impact of the COVID-19 pandemic on student and resident teaching and training in surgical oncology. *Journal of Clinical Medicine*, *9*(11), 3431. https://doi.org/10.3390/jcm9113431

Heaven, C., Clegg, J., & Maguire, P. (2006). Transfer of communication skills training from workshop to workplace: the impact of clinical supervision. *Patient education and counseling, 60*(3), 313-325. https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.08.008

Helitzer, D. L., LaNoue, M., Wilson, B., de Hernandez, B. U., Warner, T., & Roter, D. (2011). A randomized controlled trial of communication training with primary care providers to improve

patient-centeredness and health risk communication. *Patient education and counseling, 82*(1), 21-29. https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.01.021

Hoegger, M. J., Shetty, A. S., Denner, D. R., Gould, J. E., Wahl, R. L., Raptis, C. A., & Ballard, D. H. (2021). A snapshot of radiology training during the early COVID-19 pandemic. *Current problems in diagnostic radiology*, *50*(5), 607-613. https://doi.org/10.1067/j.cpradiol.2020.06.012

Holmgren, A. J., Downing, N. L., Tang, M., Sharp, C., Longhurst, C., & Huckman, R. S. (2022). Assessing the impact of the COVID-19 pandemic on clinician ambulatory electronic health record use. *Journal of the American Medical Informatics Association, 29*(3), 453-460. https://doi.org/10.1093/jamia/ocab268

Hopia, H., Latvala, E., & Liimatainen, L. (2016). Reviewing the methodology of an integrative review. *Scandinavian journal of caring sciences, 30*(4), 662-669. https://doi.org/10.1111/scs.12327

Horwitz, I. B., Horwitz, S. K., Brandt, M. L., Brunicardi, F. C., Scott, B. G., & Awad, S. S. (2007). Assessment of communication skills of surgical residents using the Social Skills Inventory. *The American journal of surgery, 194*(3), 401-405. https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2006.11.039

Hsu, Y. C., Jerng, J. S., Chang, C. W., Chen, L. C., Hsieh, M. Y., Huang, S. F., . . . Hung, K. Y. (2014). Integrating team resource management program into staff training improves staff's perception and patient safety in organ procurement and transplantation: The experience in a university-affiliated medical center in Taiwan. *BMC Surgery,* 14, 51. http://dx.doi.org/10.1186/1471-2482-14-51

Hughes, A. M., Gregory, M. E., Joseph, D. L., Sonesh, S. C., Marlow, S. L., Lacerenza, C. N., Benishek, L. E., King, H. B., & Salas, E. (2016). Saving lives: A meta-analysis of team training in healthcare. *Journal of Applied Psychology, 101*(9), 1266–1304. https://doi.org/10.1037/apl0000120

Hunger, J; Schumann, H (2020) How to achieve quality assurance, shared ethics and efficient team building? Lessons learned from interprofessional collaboration during the COVID-19 pandemic. *Journal for Medical Education, 37*(7). https://doi.org/10.3205/zma001372

Iedema, R., Carroll, K., Hor, S., Collier, A., Mesman, J., & Wyer, M. (2019). *Video-reflexive ethnography in healthcare research and healthcare improvement.* Abingdon: Taylor & Francis.

Iedema, R., Mesman, J., & Carroll, K. (2013). *Visualising health care practice improvement: innovation from within.* London: Radcliffe Publishing

James, H. K., & Pattison, G. T. (2021). Disruption to surgical training during Covid-19 in the United States, United Kingdom, Canada, and Australasia: a rapid review of impact and mitigation efforts. *Journal of Surgical Education, 78*(1), 308-314. https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2020.06.020

Jensen, B. F., Gulbrandsen, P., Dahl, F. A., Krupat, E., Frankel, R. M., & Finset, A. (2011). Effectiveness of a short course in clinical communication skills for hospital doctors: results of a crossover randomized controlled trial (ISRCTN22153332*). Patient education and counseling, 84*(2), 163-169.

Jin, J., Son, Y. J., Tate, J. A., & Choi, J. (2022). Challenges and Learning Needs of Nurse-Patients' Family Communication: Focus Group Interviews With Intensive Care Unit Nurses in South Korea. *Evaluation & the Health Professions*, 01632787221076911.https://doi.org/10.1177/01632787221076911

Johnson, J., & Panagioti, M. (2018). Interventions to improve the breaking of bad or difficult news by physicians, medical students, and interns/residents: a systematic review and meta-analysis. *Academic Medicine, 93*(9), 1400-1412. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002308

Kalisch, B. J., Aebersold, M., McLaughlin, M., Tschannen, D., & Lane, S. (2015). An intervention to improve nursing teamwork using virtual simulation. *Western Journal of Nursing Research*, 37, 164–179. http:// dx.doi.org/10.1177/0193945914531458

Kang, H., Flores-Sandoval, C., Law, B., & Sibbald, S. (2022). Interdisciplinary Health Care Evaluation Instruments: A Review of Psychometric Evidence. *Evaluation & the health professions, 45*(3), 223-234. https://doi.org/10.1177/01632787211040859

Katz, M., & Nandi, N. (2021). Social media and medical education in the context of the COVID-19 pandemic: scoping review. *JMIR Medical Education, 7*(2), e25892. https://doi.org/10.2196/25892

Keshmiri, F., Hoseinpour, A., Jambarsang, S., Jabinian, F., & Shiryazdi, S. M. (2022). Assessment of interprofessional professionalism of surgical residents and workers in operating units in teaching hospitals: A cross-sectional study. *Journal of Medical Education, 15*(47). Recuperado de: https://mousavi.zums.ac.ir/edujournal/files/site1/files/A-12-1241-3.pdf

Khalili, H., & Xyrichis, A. (2020). A longitudinal survey on the impact of the COVID-19 pandemic on interprofessional education and collaborative practice: a study protocol*. Journal of Interprofessional Care, 34(*5), 691-693. https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1798901

Khodadadi, E., Ebrahimi, H., Moghaddasian, S., & Babapour, J. (2013). The effect of communication skills training on quality of care, self-efficacy, job satisfaction and communication skills rate of nurses in hospitals of Tabriz, Iran. *Journal of caring sciences, 2*(1), 27. https://doi.org/10.5681/jcs.2013.004

Khurshid, Z., De Brún, A., Moore, G., & McAuliffe, E. (2020). Virtual adaptation of traditional healthcare quality improvement training in response to COVID-19: a rapid narrative review. *Human resources for health, 18*(1), 1-18. https://doi.org/10.1186/s12960-020-00527-2

Kiessling, C., Bauer, J., Gartmeier, M., Iblher, P., Karsten, G., Kiesewetter, J., Moeller, G., Wiesbeck, A., Zupanic, M., Fisher, M. (2016). Development and validation of a computer-based situational judgement test to assess medical students' communication skills in the field of shared decision making. *Patient education and counseling, 99*(11), 1858-1864. https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.06.006

Kim, L. Y. (2015). The effects of simulation-based TeamSTEPPS interprofessional communication and teamwork training on patient and provider outcomes (Doctoral dissertation). University of California, Los Angeles. (3637609)

Kim, Y., & Ployhart, R. E. (2014). The effects of staffing and training on firm productivity and profit growth before, during, and after the Great Recession. *Journal of Applied Psychology, 99*(3), 361. https://doi.org/10.1037/a0035408

Kissane, D. W., Bylund, C. L., Banerjee, S. C., Bialer, P. A., Levin, T. T., Maloney, E. K., & D'Agostino, T. A. (2012). Communication skills training for oncology professionals. *Journal of Clinical Oncology*, *30*(11), 1242. https://d10.1200/JCO.2011.39.6184

Kwon, Y. S., Tabakin, A. L., Patel, H. V., Backstrand, J. R., Jang, T. L., Kim, I. Y., & Singer, E. A. (2020). Adapting urology residency training in the COVID-19 era. *Urology*, *141*, 15-19. https://doi.org/10.1016/j.urology.2020.04.065

Koutantji, M., McCulloch, P., Undre, S., Gautama, S., Cunniffe, S., Sevdalis, N.,... Darzi, A. (2008). Is team training in briefings for surgical teams feasible in simulation? *Cognition Technology & Work, 10*(4), 275–28. https://doi.org/10.1007/s10111-007-0089-5

Kozlowski, S. W., & Ilgen, D. R. (2006). Enhancing the effectiveness of work groups and teams. *Psychological science in the public interest*, *7*(3), 77-124. https://doi.org/10.1111/j.1529-1006.2006.00030.x

Kraiger, K., & Ford, J. K. (2020). The Science of Workplace Instruction: Learning and Development Applied to Work. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, *8*(1), 45–72. https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-012420-060109

Lackie, K., Najjar, G., El-Awaisi, A., Frost, J., Green, C., Langlois, S., ... & Khalili, H. (2020). Interprofessional education and collaborative practice research during the COVID-19 pandemic: considerations to advance the field. *Journal of Interprofessional Care, 34*(5), 583-586. https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1807481

Ladd, G. W., & Mize, J. (1983). A cognitive–social learning model of social-skill training. *Psychological review, 90*(2), 127. https://doi.org/10.1037/0033-295X.90.2.127

Laker, D. R., & Powell, J. L. (2011). The differences between hard and soft skills and their relative impact on training transfer. *Human resource development quarterly, 22*(1), 111-122. https://doi.org/10.1002/hrdq.20063

Lamba, S., Tyrie, L. S., Bryczkowski, S., & Nagurka, R. (2016). Teaching surgery residents the skills to communicate difficult news to patient and family members: a literature review. *Journal of Palliative Medicine, 19*(1), 101-107. https://doi.org/10.1089/jpm.2015.0292

Langlois, S., Xyrichis, A., Daulton, B. J., Gilbert, J., Lackie, K., Lising, D., MacMillan, K., Najjar, G., Pfeifle, A. L., & Khalili, H. (2020). The COVID-19 crisis silver lining: interprofessional education to guide future innovation. *Journal of Interprofessional Care, 34*(5), 587–592. https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1800606

Larocque, N., Shenoy-Bhangle, A., Brook, A., Eisenberg, R., Chang, Y. M., & Mehta, P. (2021). Resident experiences with virtual radiology learning during the COVID-19 pandemic. Academic radiology, 28(5), 704-710. https://doi.org/10.1016/j.acra.2021.02.006

Levitt, H. M., Bamberg, M., Creswell, J. W., Frost, D. M., Josselson, R., & Suárez-Orozco, C. (2018). Journal article reporting standards for qualitative primary, qualitative meta-analytic, and

mixed methods research in psychology: The APA Publications and Communications Board task force report. *American Psychologist, 73(*1), 26–46. https://doi.org/10.1037/amp0000151

Levy, P. D., Dancy, J. N., Stowell, S. A., Hoekstra, J. W., Arthur, C. L., Wilson, C. H.,... Hiestand, B. (2014). Lessons in flying: Crew resource management as a quality improvement method for acute coronary syndromes care. *Critical Pathways in Cardiology*, 13, 36–42. https://doi.org/10.1097/HPC.0000000000000002

Liang, Z. C., Ooi, S. B. S., & Wang, W. (2020). Pandemics and their impact on medical training: lessons from Singapore. Academic Medicine. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003441

Lievens, F., & Sackett, P. R. (2012). The validity of interpersonal skills assessment via situational judgment tests for predicting academic success and job performance. Journal of Applied Psychology, 97(2), 460. https://doi.org/10.1037/a0025741

Lima, C. A.; Soares, A. B. (2015). Treinamento em Habilidades Sociais para universitários no contexto acadêmico: ganhos e potencialidades em situações consideradas difíceis. In Del Prette, Z. A. P.; Soares, A. B.; Pereira-Guizzo, C. S.; Wagner, M. F.; Leme, V. B. R. (Orgs.). *Habilidades Sociais: Diálogos e intercâmbios sobre pesquisa e prática* (22-43). Nova Hamburgo: Sinopsys

Lima, M. N. D., Gaspar, F. D. R., Mauro, T. G. D. S., Arruda, M. A. M., & Abbad, G. D. S. (2018). Retenção da aprendizagem após treinamento em Suporte Básico de Vida com uso de simulação de baixa fidelidade em uma unidade hospitalar odontológica. *Scientia Medica*, *28*(1). https://doi.org/10.15448/1980-6108.2018.1.29410

Lineberry, M., Bryan, E., Brush, T., Carolan, T. F., Holness, D., Salas, E., & King, H. (2013). Measurement and training of TeamSTEPPS® dimensions using the medical team performance assessment tool. *Joint Commission journal on quality and patient safety, 39*(2), 89-95. https://doi.org/10.1016/S1553-7250(13)39013-8

Loh, C. H., Ong, F. L. L., & Oh, C. C. (2022). Teledermatology for medical education in the COVID-19 pandemic context: A systematic review*. JAAD international*, 6, 114-118. https://doi.org/10.1016/j.jdin.2021.12.012

Loiola, E., Néris, J. S., & Bastos, A. V. B. (2006). Aprendizagem em organizações: mecanismos que articulam processos individuais e coletivos. In J. E. Borges-Andrade, G. S. Abbad, & L. Mourão (Org.), *Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho: fundamentos para a gestão de pessoas* 114-136.

Lopes, D. C., Gerolamo, M. C., Del Prette, Z. A. P., Musetti, M. A., & Del Prette, A. (2015). Social skills: A key factor of engineering students to develop interpersonal skills. *International Journal of Engineering Education*, *31*(1), 405-413.Recuperado de: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/43321755/

Magalhães, P. P., & Murta, S. G. (2003). Treinamento de habilidades sociais em estudantes de psicologia: um estudo pré-experimental. *Temas em Psicologia, 11*(1), 28-37. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2003000100004

Mahler, C., Berger, S., & Reeves, S. (2015). The Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS): A problematic evaluative scale for the interprofessional field. *Journal of interprofessional care, 29*(4), 289-291. https://doi.org/10.3109/13561820.2015.1059652

Manser, T. (2009). Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: A review of the literature. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica 53*(2), 143-151.https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2008.01717.x

Marlow, S., Bisbey, T., Lacerenza, C., & Salas, E. (2018). Performance measures for health care teams: A review. *Small Group Research, 49*(3), 306-356. https://doi.org/10.1177/10464964177481

Mata, Á. N. D. S., de Azevedo, K. P. M., Braga, L. P., de Medeiros, G. C. B. S., de Oliveira Segundo, V. H., Bezerra, I. N. M., Pimenta, I. D. S. F., Nicolás, I. M. & Piuvezam, G. (2021). Training in communication skills for self-efficacy of health professionals: a systematic review. *Human resources for health, 19*(1), 1-9. https://doi.org/10.1186/s12960-021-00574-3

Mayo, A. T. (2020). Teamwork in a pandemic: insights from management research. *BMJ Leader,* leader-2020. https://doi.org/10.1136/leader-2020-000246

McCulloch, P., Mishra, A., Handa, A., Dale, T., Hirst, G., & Catchpole, K. (2009). The effects of aviation-style non-technical skills training on technical performance and outcome in the operating theatre. *BMJ Quality & Safety,* 18(2), 109-115. http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2008.032045

McCulloch, P., Rathbone, J., & Catchpole, K. (2011). Interventions to improve teamwork and communications among healthcare staff. *Journal of British Surgery*, 98(4), 469-479. https://doi.org/10.1002/bjs.7434

McGehee, W., & Thayer, P. W. (1961). *Training in business and industry*. New York: Wiley

Mcpherson, K., Headrick, L., & Moss, F. (2001). Working and learning together: good quality care depends on it, but how can we achieve it? *BMJ Quality & Safety*, *10*(suppl 2) http://dx.doi.org/10.1136/qhc.0100046..

Medeiros, R. S., Prates, J. G., Hohl, K. G., & Andrade, J. V. (2021). Processo formativo no contexto pandêmico: ensino híbrido como ferramenta de aprendizagem no programa de residência em saúde. *Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva*, 2, e13168. https://doi.org/10.13140/RG.2.2.28636.72327

Merriam, S. B., & Leahy, B. (2005). Learning transfer: A review of the research in adult education and training. *PAACE Journal of lifelong learning, 14*(1), 1-24.

Miles, A., Ginsburg, S., Sibbald, M., Tavares, W., Watling, C., & Stroud, L. (2021). Feedback from health professionals in postgraduate medical education: Influence of interprofessional relationship, identity and power. *Medical Education, 55*(4), 518-529. https://doi.org/10.1111/medu.14426

Mink, J., Mitzkat, A., Mihaljevic, A. L., Trierweiler-Hauke, B., Götsch, B., Schmidt, J., ... & Mahler, C. (2019). The impact of an interprofessional training ward on the development of

interprofessional competencies: study protocol of a longitudinal mixed-methods study. *BMC Medical Education,* 19(1), 1-7. https://doi.org/10.1186/s12909-019-1478-1

Moore, P. M., Rivera, S., Bravo-Soto, G. A., Olivares, C., & Lawrie, T. A. (2018). Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7).https://doi.org/10.1002/14651858.CD003751.pub4

Moscon, D. C. B., Neto, E. C., Ferreira, F. A., Lhamas, F. A. D. M. P., Souza, K. F., & Neto, G. M. (2021). Habilidades Sociais e Gestão Social: possibilidades nas áreas de pesquisa, ensino e extensão. *Revista Interdisciplinar de Gestão Social, 10*(1). https://doi.org/10.9771/23172428rigs.v10i1.38092

Munita, R. G. H. (2016). La narrativa como método desencadenante y producción teórica en la investigación cualitativa. EMPIRIA. *Revista de Metodología de las Ciencias Sociales*, (34), 155-177. Recuperado de: https://www.redalyc.org/pdf/2971/297145846006.pdf

Murta, S. G. (2005). Aplicações do treinamento em habilidades sociais: análise da produção nacional. *Psicologia: Reflexão e crítica*, 18, 283-291. https://doi.org/10.1590/S0102-79722005000200017

Muylaert, C. J., Sarubbi Jr, V., Gallo, P. R., Neto, M. L. R., & Reis, A. O. A. (2014). Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48, 184-189. https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000800027

Nagdee, N., Sebothoma, B., Madahana, M., Khoza-Shangase, K., & Moroe, N. (2022). Simulations as a mode of clinical training in healthcare professions: A scoping review to guide planning in speech-language pathology and audiology during the COVID-19 pandemic and beyond. *South African Journal of Communication Disorders, 69*(2), 905. https://doi.org/10.4102/sajcd.v69i2.905

Nair, D., Malhotra, S., Lupu, D., Harbert, G., & Scherer, J. S. (2021). Challenges in communication, prognostication and dialysis decision-making in the COVID-19 pandemic: implications for interdisciplinary care during crisis settings. *Current opinion in nephrology and hypertension, 30*(2), 190. https://doi.org/10.1097/MNH.0000000000000689

Nasir, A. N. M., Ali, D. F., Noordin, M. K. B., & Nordin, M. S. B. (2011). Technical skills and non-technical skills: predefinition concept. In *Proceedings of the IETEC'11 Conference,* Kuala Lumpur, Malaysia (pp. 01-17). Recuperado de: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/69377777/

Navia, A., Tejos, R., Yañez, G., Guerra, C., Cuadra, A., & Searle, S. (2020). Adapting plastic surgery residency training during COVID-19: the experience of a Chilean University Hospital. *Aesthetic Plastic Surgery*, *44*(6), 2344-2346. https://doi.org/10.1007/s00266-020-02005-5

Novara, G., Checcucci, E., Crestani, A., Abrate, A., Esperto, F., Pavan, N., ... & Ficarra, V. (2020). Telehealth in urology: a systematic review of the literature. How much can telemedicine be useful during and after the COVID-19 pandemic?. *European urology, 78*(6), 786-811. https://doi.org/10.1016/j.eururo.2020.06.025

Okland, T. S., Pepper, J. P., & Valdez, T. A. (2020). How do we teach surgical residents in the COVID-19 era?. *Journal of Surgical Education, 77*(5), 1005-1007. https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2020.05.030

Orchard, C. A., King, G. A., Khalili, H., & Bezzina, M. B. (2012). Assessment of interprofessional team collaboration scale (AITCS): development and testing of the instrument. *Journal of continuing education in the health professions*, *32*(1), 58-67.https://doi.org/10.1002/chp.21123

Ornell, F., Schuch, J. B., Sordi, A. O., & Kessler, F. H. P. (2020). "Pandemic fear" and COVID-19: mental health burden and strategies*. Brazilian Journal of Psychiatry*, 42, 232-235. https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0008

Paige, J. T., Garbee, D. D., Kozmenko, V., Yu, Q., Kozmenko, L., Yang, T., ... & Swartz, W. (2014). Getting a head start: high-fidelity, simulation-based operating room team training of interprofessional students. *Journal of the American College of Surgeons*, 218(1), 140-149. https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2013.09.006

Paige, J. T., Kozmenko, V., Yang, T., Gururaja, R. P., Hilton, C. W., Cohn, I., Jr., & Chauvin, S. W. (2009). Attitudinal changes resulting from repetitive training of operating room personnel using of highfidelity simulation at the point of care. *The American Surgeon,* 75, 584–590. https://doi.org/10.1177/000313480907500709

Patterson, F., Zibarras, L., & Ashworth, V. (2016). Situational judgement tests in medical education and training: Research, theory and practice: AMEE Guide No. 100. *Medical teacher, 38*(1), 3-17. https://doi.org/10.3109/0142159X.2015.1072619

Paull, D. E., DeLeeuw, L. D., Wolk, S., Paige, J. T., Neily, J., & Mills, P. D. (2013). The effect of simulation-based crew resource management training on measurable teamwork and communication among interprofessional teams caring for postoperative patients. *The Journal of Continuing Education in Nursing, 44*(11), 516-524. https://10.3928/00220124-20130903-38

Payler, J., Meyer, E., & Humphris, D. (2007). Theorizing interprofessional pedagogic evaluation: framework for evaluating the impact of interprofessional continuing professional development on practice change. *Learning in Health and Social Care, 6*(3), 156-169. https://doi.org/10.1111/j.1473-6861.2007.00156.x

Peduzzi, M., Agreli, H. L. F., Silva, J. A. M. D., & Souza, H. S. D. (2020). Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trabalho, Educação e Saúde*, *18*. https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246

Peduzzi, M., Norman, I., Coster, S., & Meireles, E. (2015). Adaptação transcultural e validação da Readiness for Interprofessional Learning Scale no Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(spe2), 7-15. https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000800002

Pek, J. H., Low, J. W. M., Lau, T. P., Gan, H. N., & Phua, D. H. (2022). Emergency medicine residency training during COVID-19. *Singapore Medical Journal, 63(*8), 473-477. https://doi.org/10.11622/smedj.2020139

Pelargos, P. E., Chakraborty, A. R., Adogwa, O., Swartz, K., Zhao, Y. D., Smith, Z. A., ... & Bauer, A. M. (2021). An evaluation of neurosurgical practices during the coronavirus disease 2019 pandemic. *World neurosurgery,* 146, e91-e99. https://doi.org/10.1016/j.wneu.2020.10.025

Pelletier, K., McCormack, M., Reeves, J., Robert, J., Arbino, N., Dickson-Deane, C., Guevara, C., Koster, L., Sánchez-Mediola, M., Bessette, L., & Stine, J. (2022). *2022 EDUCAUSE Horizon Report, Teaching and Learning Edition* (1-58). Boulder, CO: EDUCAUSE. Recuperado de: https://www.educause.edu/horizon-report-teaching-and-learning-2022

Pereira-Guizzo, C. S., Del Prette, A., Del Prette, Z. A. P., & Leme, V. B. R. (2018). Programa de habilidades sociais para adolescentes em preparação para o trabalho. *Psicologia Escolar e Educacional, 22(3), 573-581*. https://doi.org/10.1590/2175-35392018035449

Pereira-Lima, K., & Loureiro, S. R. (2017). Associações entre habilidades sociais e dimensões de burnout em médicos residentes. *Estudos de Psicologia, 34*(2), 281-291. https://doi.org/10.1590/1982-02752017000200009

Pitout, H., Barnard-Ashton, P., Adams, F., & du Toit, S. (2022). An African perspective on collaborative interprofessional curriculum evolvement: a qualitative reflection. *Research Square.*https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2213687/v1

Portugal, J. K. A., da Silva Reis, M. H., da Silva Barão, É. J., de Souza, T. T. G., Guimarães, R. S., de Almeida, L. D. S., ... & da Silva Garrido, M. (2020). Percepção do impacto emocional da equipe de enfermagem diante da pandemia de COVID-19: relato de experiência. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (46), e3794-e3794. https://doi.org/10.25248/reas.e3794.2020

Prado, A. D., Peixoto, B. C., da Silva, A. M. B., & Scalia, L. A. M. (2020). A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do COVID-19: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 46, e4128. https://doi.org/10.25248/reas.e4128.2020

Puente-Palacios, K. E., Albuquerque, F. J. B., Zanelli, J. C., Borges-Andrade, J. E., & Bastos, A. V. B. (2014). Grupos e equipes de trabalho nas organizações. In Zanelli, J.C, Borges-Andrade, J.E., Bastos, A.V. *Psicologia, organizações e trabalho no Brasil* (pp. 385-412). Porto Alegre: Artmed

Queiroga, F., Andrade, J. M., Borges-Ferreira, M. F., Nogueira, R., & Abbad, G. S. (2012). Medidas de Aprendizagem em TD&E: Fundamentos teóricos e metodológicos. In G. S. Abbad, L. Mourão, P. Meneses, T. Zerbini, J.E. Borges-Andrade, R. Vilas-Boas. *Medidas de avaliação em treinamento, desenvolvimento e educação: medidas para gestão de pessoas*, (pp.108-126) Artmed.

Reed, B. N., Smith, K. J., Robinson, J. D., Haines, S. T., & Farland, M. Z. (2021). Situational judgment tests: An introduction for clinician educators. *Journal of the American College of Clinical Pharmacy, 5*(1), 67-74. https://doi.org/10.1002/jac5.1571

Reeves, S. (2016). Ideas for the development of the interprofessional education and practice field: An update. *Journal of Interprofessional Care 30*(4), 405-407. https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1197735

Reeves, S., Goldman, J., Gilbert, J., Tepper, J., Silver, I., Suter, E., & Zwarenstein, M. (2011). A scoping review to improve conceptual clarity of interprofessional interventions. *Journal of Interprofessional Care, 25*(3), 167–174. https://doi.org/10.3109/13561820.2010.529960

Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., & Zwarenstein, M. (2010). *Interprofessional teamwork for health and social care.* John Wiley & Sons.

Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D., & Zwarenstein, M. (2013). Interprofessional education: Effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3). https://doi.org/10.1002/14651858.CD002213.pub3

Reeves, S., Xyrichis, A., & Zwarenstein, M. (2017). Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. *Journal of interprofessional care*, *32*(1), 1-3. https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1400150

Reeves, S., Zwarenstein, M., Goldman, J., Barr, H., Freeth, D., Hammick, M., & Koppel, I. (2008). Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. https://doi.org/10.1002/14651858.CD002213.pub2

Rice, K., Zwarenstein, M., Conn, L. G., Kenaszchuk, C., Russell, A., & Reeves, S. (2010). An intervention to improve interprofessional collaboration and communications: a comparative qualitative study. *Journal of interprofessional care, 24*(4), 350-361. https://doi.org/10.3109/13561820903550713

Richard, A., Gagnon, M., & Careau, E. (2018). Using reflective practice in interprofessional education and practice: a realist review of its characteristics and effectiveness. *Journal of Interprofessional Care, 33*(5), 424–436. https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1551867

Rieckert, A., Schuit, E., Bleijenberg, N., Ten Cate, D., De Lange, W., de Man-van Ginkel, J. M., ... & Trappenburg, J. C. (2021). How can we build and maintain the resilience of our health care professionals during COVID-19? Recommendations based on a scoping review. *BMJ open*, *11*(1), e043718.https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043718

Riley, W., Davis, S., Miller, K., Hansen, H., Sainfort, F., & Sweet, R. (2011). Didactic and simulation nontechnical skills team training to improve perinatal patient outcomes in a community hospital. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 37*(8), 357-364. https://doi.org/10.1016/S1553-7250(11)37046-8

Riskiyana, R., Claramita, M., & Rahayu, G. R. (2018). Objectively measured interprofessional education outcome and factors that enhance program effectiveness: A systematic review. *Nurse education today*, *66*, 73-78. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.04.014

Rose, L., Yu, L., Casey, J., Cook, A., Metaxa, V., Pattison, N., Rafferty,A., Ramsey, P., Saha, S., Xyrichis, A. & Meyer, J. (2021). Communication and virtual visiting for families of patients in intensive care during the COVID-19 pandemic: a UK national survey. *Annals of the American Thoracic Society, 18*(10), 1685-1692. https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.202012-1500OC

Rosen, M. A., DiazGranados, D., Dietz, A. S., Benishek, L. E., Thompson, D., Pronovost, P. J., & Weaver, S. J. (2018). Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. *American Psychologist*, *73*(4), 433. https://doi.org/10.1037/amp0000298

Rosen, G. H., Murray, K. S., Greene, K. L., Pruthi, R. S., Richstone, L., & Mirza, M. (2020). Effect of COVID-19 on urology residency training: a nationwide survey of program directors by the Society of Academic Urologists. *The Journal of urology*, *204*(5), 1039-1045. https://doi.org/10.1097/JU.0000000000001155

Rubinelli, S., Myers, K., Rosenbaum, M., & Davis, D. (2020). Implications of the current COVID-19 pandemic for communication in healthcare. *Patient Education and Counseling, 103*(6), 1067. https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.04.021

Salas, E. (2015). *Team training essentials: A research-based guide*. Routledge.

Salas, E., & Cannon-Bowers, J. A. (2000). The anatomy of team training. In S. Tobias & J. D. Fletcher (Eds.), *Training and retraining: A handbook for business, industry, government, and the military* (312–335). New York: Macmillan Reference.

Salas, E., DiazGranados, D., Klein, C., Burke, C. S., Stagl, K. C., Goodwin, G. F., & Halpin, S. M. (2008). Does team training improve team performance? A meta-analysis. *Human Factors, 50*(6), 903–933. https://doi.org/10.1518/001872008X375009

Seifman, M. A., Fuzzard, S. K., To, H., & Nestel, D. (2022). COVID-19 impact on junior doctor education and training: a scoping review. *Postgraduate medical journal, 98*(1160), 466-476. http://dx.doi.org/10.1136/postgradmedj-2020-139575

Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalizes causal inference*. Boston: Houghton Mifflin Company.

Shanafelt, T., Ripp, J., & Trockel, M. (2020). Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the COVID-19 pandemic. *Jama, 323*(21), 2133-2134. https://doi.org/10.1001/jama.2020.5893

Shapiro, M. J., Morey, J. C., Small, S. D., Langford, V., Kaylor, C. J., Jagminas, L., Suner, S., Salisbury, M. L., Simon, R. & Jay, G. D. (2004). Simulation based teamwork training for emergency department staff: does it improve clinical team performance when added to an existing didactic teamwork curriculum? *BMJ Quality & Safety, 13(*6), 417-421. http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2003.005447

Sheppard, F., Williams, M., & Klein, V. R. (2013). TeamSTEPPS and patient safety in healthcare. *Journal of healthcare risk management, 32*(3), 5-10. https://doi.org/10.1002/jhrm.21099

Shrader, S., Farland, M. Z., Danielson, J., Sicat, B., & Umland, E. M. (2017). A systematic review of assessment tools measuring interprofessional education outcomes relevant to pharmacy education. *American Journal of Pharmaceutical Education, 81*(6). https://doi.org/10.5688/ajpe816119

Silva, L. B. (2018). Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. *Revista Katálysis*, 21, 200-209. https://doi.org/10.1590/1982-02592018v21n1p200

Smith, K. J., Flaxman, C., Farland, M. Z., Thomas, A., Buring, S. M., Whalen, K., & Patterson, F. (2020). Development and validation of a situational judgement test to assess professionalism. American *Journal of Pharmaceutical Education, 84(*7). https://doi.org/10.5688/ajpe7771

Soklaridis, S., Lin, E., Lalani, Y., Rodak, T., & Sockalingam, S. (2020). Mental health interventions and supports during COVID-19 and other medical pandemics: A rapid systematic review of the evidence. *General hospital psychiatry*, 66, 133-146. http://dx.doi.org/10.1136/postgradmedj-2020-139575

Souza, M. T. D., Silva, M. D. D., & Carvalho, R. D. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo),* 8, 102-106. https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134

Stark, N., Hayirli, T., Bhanja, A., Kerrissey, M., Hardy, J., & Peabody, C. R. (2022). Unprecedented Training: Experience of Residents During the COVID-19 Pandemic. *Annals of Emergency Medicine*. https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2022.01.022

Strategies, C. R. I. C. O. (2015). Malpractice risks in communication failures. *2015 Annual Benchmarking Report. Boston, Massachusetts: The Risk Management Foundation of the Harvard Medical Institutions, Inc.*

Suva, D., Haller, G., Lübbeke, A., & Hoffmeyer, P. (2012). Differential impact of a crew resource management program according to professional specialty. *American Journal of Medical Quality, 27*, 313–320. http://dx.doi.org/10.1177/1062860611423805

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using Multivariate Statistics*. New York, NY: Pearson.

Tan, B. Y., Kanneganti, A., Lim, L. J., Tan, M., Chua, Y. X., Tan, L., ... & Ooi, S. B. (2020). Burnout and associated factors among health care workers in Singapore during the COVID-19 pandemic*. Journal of the American Medical Directors Association, 21*(12), 1751-1758. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.09.035

Tannenbaum, S. I., Traylor, A. M., Thomas, E. J., & Salas, E. (2020). Managing teamwork in the face of pandemic: Evidence-based tips. *BMJ Quality & Safety*, 0, 1-5. https://doi.org/110.1136/bmjqs-2020-011447

Taylor, C., Xyrichis, A., Leamy, M. C., Reynolds, E., & Maben, J. (2018). Can Schwartz Center Rounds support healthcare staff with emotional challenges at work, and how do they compare with other interventions aimed at providing similar support? A systematic review and scoping reviews. *BMJ open*, *8*(10), e024254. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024254

Thannhauser, J., Russell-Mayhew, S., & Scott, C. (2010). Measures of interprofessional education and collaboration. *Journal of interprofessional care, 24*(4), 336-349. https://doi.org/10.3109/13561820903442903

The Joint Commission. (2015). Sentinel event data: Root causes by event type. *Oakbrook Terrace, IL.: Joint Commission Resources.*

Thistlethwaite, J., Moran, M., & World Health Organization Study Group on Interprofessional Education and Collaborative Practice. (2010). Learning outcomes for interprofessional

education (IPE): Literature review and synthesis. *Journal of interprofessional care, 24*(5), 503-513. https://doi.org/10.3109/13561820.2010.483366

Thompson, S., Metcalfe, K., Boncey, K., Merriman, C., Flynn, L. C., Alg, G. S., Bothwell, H., Forde-Johnston, C., Puffett, E., Hardy, C., Wright, L., & Beale, J. (2020). Interprofessional education in geriatric medicine: Towards best practice. A controlled before-after study of medical and nursing students. *BMJ Open, 10*(1). https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018041

Thrift, N. (2004). Intensities of feeling: Towards a spatial politics of affect. Geografiska Annaler: Series B, Human Geography, 86(1), 57-78. https://doi.org/10.1111/j.0435-3684.2004.00154.x

Tolu, L. B., Feyissa, G. T., Ezeh, A., & Gudu, W. (2020). Managing resident workforce and residency training during covid-19 pandemic: Scoping review of adaptive approaches. *Advances in Medical Education and Practice, 11*. https://doi.org/10.2147/AMEP.S262369

Tomizawa, R., Shigeta, M., & Reeves, S. (2016). Framework development for the assessment of interprofessional teamwork in mental health settings. *Journal of Interprofessional Care, 31*(1), 43–50. https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1233098

Traylor, A. M., Tannenbaum, S. I., Thomas, E. J., & Salas, E. (2021). Helping healthcare teams save lives during COVID-19: Insights and countermeasures from team science*. American Psychologist, 76(*1), 1–13. https://doi.org/10.1037/amp0000750

Taylor, P. J., Russ-Eft, D. F., & Chan, D. W. L. (2005). A Meta-Analytic Review of Behavior Modeling Training. Journal of Applied Psychology, 90(4), 692–709. https://doi.org/10.1037/0021-9010.90.4.692

Traylor, A. M., Thomas, E. J., & Salas, E. (2020). Measuring Collaboration in Health Care: Insights from the Science of Teamwork. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 46*(12), 661-663. https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2020.09.003

Van Der Vegt, G., Emans, B., & van de Vliert, E. (2000). Team members' affective responses to patterns of intragroup interdependence and job complexity. *Journal of Management, 26*(4), 633–655. https://doi.org/10.1177/014920630002600403

Villemure, C., Georgescu, L. M., Tanoubi, I., Dubé, J. N., Chiocchio, F., & Houle, J. (2019). Examining perceptions from in situ simulation-based training on interprofessional collaboration during crisis event management in post-anesthesia care. *Journal of interprofessional care, 33*(2), 182-189. https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1538103

Vizheh, M., Qorbani, M., Seyed, &, Arzaghi, M., Muhidin, S., Javanmard, Z., Esmaeili, M., & Arzaghi, S. M. (2020). The mental health of healthcare workers in the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders,* 19, 1967–1978. https://doi.org/10.1007/s40200-020-00643-9/Published

Weaver, S. J., Rosen, M. A., Salas, E., Baum, K. D., & King, H. B. (2010). Integrating the science of team training: Guidelines for continuing education . *Journal of Continuing Education in the Health Professions, 30*(4), 208–220. https://doi.org/10.1002/chp.20085

Weaver, S. J., Dy, S. M., & Rosen, M. A. (2014). Team-training in healthcare: a narrative synthesis of the literature. *BMJ quality & safety*, *23*(5), 359-372. http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2013-001848

Weiss, H. M., & Cropanzano, R. (1996). Affective Events Theory: A theoretical discussion of the structure, causes and consequences of affective experiences at work. In B. M. Staw & L. L. Cummings (Eds.), *Research in organizational behavior: An annual series of analytical essays and critical reviews*, 18 (1–74). Elsevier Science/JAI Press. Recuperado de: https://psycnet.apa.org/record/1996-98665-001

Weng, Q. D., Yang, H., Lievens, F., & McDaniel, M. A. (2018). Optimizing the validity of situational judgment tests: The importance of scoring methods. *Journal of Vocational Behavior*, 104, 199-209. https://doi.org/10.1016/j.jvb.2017.11.005

Westerman, M. E., Tabakin, A. L., Sexton, W. J., Chapin, B. F., & Singer, E. A. (2021). Impact of CoVID-19 on resident and fellow education: Current guidance and future opportunities for urologic oncology training programs. In *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations* 39(6) (pp. 357-364). Elsevier. https://doi.org/10.1016/j.urolonc.2020.09.028

Wheelan S.A., Burchill C.N. & Tilin F. (2003) The link between teamwork and patients' outcome in intensive care units. *American Journal of Critical Care 12*(6), 527–534. https://10.4037/ajcc2003.12.6.527

Wolcott, M. D., Lobczowski, N. G., Zeeman, J. M., & McLaughlin, J. E. (2020). Situational judgment test validity: an exploratory model of the participant response process using cognitive and think-aloud interviews*. BMC medical education, 20*(1), 1-12. https://doi.org/10.1186/s12909-020-02410-z

World Health Organization. (1999). *Partners in Life Skills Education: Conclusions from a United Nations Inter-Agency Meeting*. Geneva: Department of Mental Health, Social Change and Mental Health Cluster, World Health Organization. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/media/en/30.pdf

World Health Organization. (2013). Interprofessional collaborative practice in primary health care: Nursing and midwifery perspectives. *World Health Organization*. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/handle/10665/120098

Xyrichis, A., & Lowton, K. (2008). What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *International journal of nursing studies, 45*(1), 140-153. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.01.015

Xyrichis, A., & Ream, E. (2008). Teamwork: A concept analysis*. Journal of Advanced Nursing, 61*(2), 232–241. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04496.x

Xyrichis, A., Reeves, S., & Zwarenstein, M. (2017). Examining the nature of interprofessional practice: An initial framework validation and creation of the InterProfessional Activity Classification Tool (InterPACT*). Journal of Interprofessional Care, 32*(4), 416–425. https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1408576

Yamada, Y., Fujimori, M., Shirai, Y., Ninomiya, H., Oka, T., & Uchitomi, Y. (2018). Changes in physicians' intrapersonal empathy after a communication skills training in Japan. *Academic Medicine, 93(*12), 1821-1826. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002426

Yang, J., & Kim, S. (2022). An online communication skills training program for nursing students: A quasi-experimental study. *Plos one, 17*(5), e0268016. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0268016

Youngblood, P., Harter, P. M., Srivastava, S., Moffett, S., Heinrichs, W. L., & Dev, P. (2008). Design, development, and evaluation of an online virtual emergency department for training trauma teams. Simulation in Healthcare, 3, 146–153. http://dx.doi.org/10.1097/SIH.0b013e31817bedf7

Yutani, M., Takahashi, M., Takizawa, T., & Miyaoka, H. (2016). Social skills training improves clinical residents' communication skills. *The Kitasato Medical Journal, 46*(1), 53-59. Recuperado de: https://www.kitasato-u.ac.jp/ktms/kaishi/pdf/KMJ46-1/KMJ46-1p053-059.pdf

Zapp, L. (2001). Use of multiple teaching strategies in the staff development setting. *Journal for Nurses in Staff Development*, 17, 206–212. http://dx.doi.org/10.1097/00124645-200107000-00011

Zingaretti, N., Contessi Negrini, F., Tel, A., Tresoldi, M. M., Bresadola, V., & Parodi, P. C. (2020). The impact of COVID-19 on plastic surgery residency training. *Aesthetic Plastic Surgery, 44*(4), 1381-1385. https://doi.org/10.1007/s00266-020-01789-w

Zwarenstein, M., Reeves, S., Barr, H., Hammick, M., Koppel, I., & Atkins, J. (2000). Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* https://doi.org/10.1002/14651858.cd002213

Apêndices

Apêndice A – Roteiro de entrevista

1) Descreva sua atuação/rotina profissional juntos aos residentes médicos e não médicos do primeiro ano (atividades, reuniões, aulas etc.);
2) Na sua opinião, quais os desafios dos residentes relacionados ao trabalho colaborativo de uma equipe multiprofissional?
3) Cite uma situação em que um residente demonstrou dificuldades no trabalho colaborativo com colegas de outras profissões.
4) Durante a pandemia da covid-19 quais as habilidades socioafetivas foram mais utilizadas pelos residentes?
5) Dentre as habilidades socioafetivas listadas abaixo, qual delas, na sua opinião, os residentes médicos e não médicos da sua instituição necessitam desenvolver?

a) Compreensão e respeito dos papéis, responsabilidades e expertise dos membros da equipe
b) Compartilhamento de informações em início e final de turnos de trabalho, garantindo a continuidade dos serviços
c) Apoio ao colega na realização de tarefas necessárias à rotina da equipe
d) Debate de opiniões distintas a respeito da assistência fornecida ao paciente
e) Tomada de decisão na assistência fornecida ao paciente.
f) Outras

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) – Entrevista

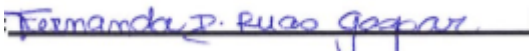
Convidamos o Sr./Sra. a participar voluntariamente da pesquisa "Efeitos de treinamento de habilidades socioafetivas no trabalho colaborativo em equipes interprofissionais de saúde", sob a responsabilidade da pesquisadora e doutoranda Fernanda Drummond Ruas Gaspar e Orientadora Prof.ª Dra. Gardênia da Silva Abbad. A pesquisa tem como objetivo **avaliar os efeitos de treinamento de habilidades socioafetivas sobre a aprendizagem de residentes no contexto multiprofissional em saúde.**

O Sr./Sra. receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos privacidade do seu nome, sendo mantido o mais rigoroso s**igilo de qualquer informação que permita identificá-lo(a).** Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa referem-se ao sigilo do seu relato em entrevista, realizada por videoconferência, visto que os dados serão tratados de forma agrupada. O Sr./Sra. pode se recusar a responder a qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília (UnB), podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos. Após isso serão destruídos. Se o Sr/Sra. tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Fernanda Drummond Ruas Gaspar, pelo telefone (47) 99175-2711 ou pelo e-mail: fernandagaspar1202@gmail.com.

_____

Nome do participante/ RG/CPF



Fernanda Drummond Ruas Gaspar
(Pesquisadora Principal)

Data/Local

Apêndice C – Frequência de habilidades socioafetivas necessárias ao desenvolvimento do residente

Habilidade socioafetiva	Preceptores												Residentes			Total
	P.P.M.	P.C.R.	P.E.F.	P.A.H.	P.F.R.	P.L.P.	P.K.C.	P.J.F.	P.F.X.	P.L.M.	P.A.S.	P.R.C.	R.C.R.	R.I.M	R.L.C	
Compreensão dos papéis e responsabilidades e expertise dos integrantes da equipe	2	5	2	3	1	4	1	3		4	2	1	5		1	34
Debate de opiniões distintas a respeito da assistência fornecida ao paciente		2	3	3	2		1	2	2	2			1	1		19
Civilidade		1	1	2	2		1		1			1	2	1	1	13
Compartilhamento de informações em início e final de turnos de trabalho, garantindo a continuidade dos serviços	1			1	2	1	1			2				2		10
Apoio ao colega na realização de tarefas necessárias à rotina da equipe		1	1		1			1	1	1	1			1		8
Tomada de decisão colaborativa na assistência fornecida ao paciente	1		3	2	1			2	1	1		1	3		1	15
Dispor-se a desfazer mal-entendidos			2	1	1				1				1		2	8
Respeito às diferenças		3												1		4
Contato visual...					1											1
Outros				3	3											6

Apêndice D – Testes de Julgamento Situacional 1 (T1)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Prezado (a),

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa " Efeitos de treinamento de habilidades socioafetivas no trabalho colaborativo de equipes interprofissionais em saúde", desenvolvida por Fernanda Drummond Ruas Gaspar, discente do curso de Doutorado em Psicologia Social do Trabalho e das Organizações da Universidade de Brasília (UnB), sob orientação da Profa Dra Gardênia da Silva Abbad. O objetivo do estudo é **elaborar treinamentos e materiais instrucionais sobre habilidades socioafetivas no trabalho colaborativo e interprofissional de residentes (médicos e não médicos) em saúde**

A sua colaboração na pesquisa se dará por meio da participação de uma intervenção de **treinamento teórico-prático ou prático** (modalidade *online*), com tempo estimado de 1h30 e do preenchimento de três testes situacionais de aprendizagem (casos práticos assistenciais vivenciados por profissionais de saúde de distintas formações), os quais serão aplicados antes do treinamento (T1), imediatamente após o treinamento (T2) e um mês após o treinamento (T3). Todos os testes serão preenchidos de forma *online*, por meio do envio de um *link* do *google forms* (e-mail ou celular). A data da sua participação no treinamento será agendada previamente, conforme seu consentimento e disponibilidade. A liberação de carga horária para participação no treinamento ficará a cargo da instituição coparticipante.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são relacionados ao **sigilo das informações** compartilhadas durante os procedimentos de pesquisa (incluindo áudio e vídeo), assim como o nome da instituição coparticipante. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas, que serão armazenadas em computador pessoal, por um período de cinco anos e, após isso, serão destruídos. O computador pessoal da pesquisadora está localizado no endereço: Rua 990, 283, apto 303, Centro, Balneário Camboriú, Santa Catarina.

Se você aceitar participar da pesquisa, estará contribuindo para diminuir das lacunas de aprendizagem das habilidades socioafetivas no trabalho de equipes interprofissionais da área de saúde. Você pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração. Todas as despesas serão cobertas pelo pesquisador responsável. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil. Os resultados da pesquisa serão divulgados no Programa de Pós-graduação em Psicologia Social do Trabalho e das Organizações, do Instituto de Psicologia, da Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para a pesquisadora principal: Fernanda Drummond, no telefone (47) 99175-2711 ou para sua orientadora Profa. Dra. Gardênia Abbad, no telefone (61) 99961-8457, as quais estão disponíveis inclusive para ligação a cobrar, a qualquer horário. Caso prefira, entre em contato pelos e-mails fernandagaspar1202@gmail.com ou gardenia.abbad@gmail.com

Esta pesquisa foi aprovada por quatro Comitês de Ética em Pesquisa (CEP), compostos por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de

padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidas nos contatos abaixo:

CEP da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília
Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, 70.904-970, Brasília – DF. Telefone: (61) 3107-1947 - E-mail: cepfs@unb.br; cepfsunb@gmail.com. Horário de atendimento: 08h30 às 11h30 e 13h00 às 16h00 (segunda à sexta).

CEP do Hospital Universitário Walter Candido/ Universidade Federal do Ceará
Endereço: Rua Coronel Nunes de Melo, 1142, Rodolfo Teófilo, 60430270 – Fortaleza-CE. Telefone (85) 3366-8589 ou 99267-4630. E-mail: cephuwc@huwc.ufc.br - Horário de atendimento: 7h às 15h30 min (segunda à sexta).

CEP do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Goiás
Endereço: Primeira Avenida s/número, 16° Andar, Edifício de Internação, Setor Leste Universitário, 74605-020, Goiânia – GO. Telefone: (62) 3644 8933. E-mail: cephcufg@yahoo.com.br - Horário de atendimento: 07h às 16 h (segunda à sexta).

CEP do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná
Endereço: Bloco Central – Térreo – Hall da Direção Hospital de Clínicas da UFPR
Rua General Carneiro, 181- Alto da Glória - 80.060-900 - Curitiba/PR. Telefone: (41) 33601041. E-mail: cep@hc.ufpr.br - Horário de atendimento: 8h às 16h30 (segunda à sexta).

Caso concorde em participar clique em “Sim” e continue para a próxima seção.

INSTRUÇÃO: Leia atentamente o relato de um caso sobre a não realização de aspiração de vias aéreas no paciente em unidade de terapia intensiva e, em seguida, responda as perguntas.

Você é um integrante de uma equipe no Hospital Universitário e está participando de uma reunião multiprofissional da Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Trata-se de uma equipe que se conhece pouco, pois trabalha há menos de 1 mês. Na primeira reunião de equipe, várias pautas de discussão são levantadas, porém uma, em específico, sobre a paciente Roseana, que está sob sedação e ventilação mecânica, gera um tensionamento entre dois integrantes: Luciana (enfermeira) e Felipe (fisioterapeuta). Na unidade de terapia intensiva, há momentos específicos para aspiração das vias aéreas a depender da condição clínica de cada paciente.

No entanto, havia dúvidas e conflitos relacionados ao profissional responsável por fazer esse procedimento. A enfermeira Luciana, que estava de plantão, não realizou o procedimento de aspiração na paciente, a qual estava com muita secreção. Além disso, registrou no prontuário do paciente que o motivo da não realização do procedimento era a ausência de um fisioterapeuta na unidade, o qual, segundo ela, era o responsável por fazer o procedimento. Registrou, ainda, que a paciente Roseana teve aumento do esforço respiratório e ficou muitas horas sem ser aspirada. Durante a reunião da equipe, o fisioterapeuta Felipe, que foi mencionado no prontuário, indagou a enfermeira Luciana sobre o registro:
-*Você já está aqui no plantão, atendendo o leito. Custa fazer? Eu sempre faço esse procedimento, mesmo quando estou sozinho sem apoio de um colega da sua profissão. Não é possível que alguém da enfermagem nunca possa fazer também.*
Luciana, muito irritada, eleva o tom de voz e pontua:
-*Não vou fazer o que não é da minha atribuição! Isso sempre foi da fisio.*
A discussão continua e os dois profissionais seguem direcionando a tarefa um para o outro. Felipe aproveita o momento e relata outra insatisfação.

- Vocês da enfermagem nunca podem fazer nada. Ontem senti falta do ventilador pulmonar em um dos leitos e solicitei ao técnico em enfermagem, que estava assistindo, naquele momento, a paciente Roseana. Ele, grosseiramente, disse que era atribuição da fisioterapia o transporte do ventilador pulmonar para o leito de atendimento.
- E é! Já fazemos muita coisa, enfatiza Luciana*.*
Os demais integrantes da equipe não se posicionam e a discussão continua entre os dois colegas. Você se recorda de conflitos entre outros profissionais da equipe na última semana, que viraram motivo de queixa de clientes na ouvidoria do Hospital. Em determinado momento você, como integrante da equipe, pensa em interrompê-los para tentar, de alguma forma, conter a discussão, porém eles iniciam um diálogo com uma linguagem técnica e específica sobre os limites de atuação de cada uma das suas profissões, ficando impossível compreender o teor da discussão.
Você pensa em como abordar o assunto de forma a não causar mais constrangimentos na reunião de equipe. Como você atuaria nesse caso? Responda as questões abaixo detalhando a sua forma de condução da situação.

Responda as perguntas com base no relato do caso acima:

a) A quais profissões pertencem os integrantes das equipes que interagiram com a paciente Roseana?

b) Descreva três comportamentos apresentados pelos profissionais da equipe que contribuíram para a demora da aspiração das vias aéreas da paciente Roseana.

c) Explique como os profissionais da equipe poderiam ter atuado para evitar situações como a da paciente Roseana.

d) Tendo em vista as soluções apontadas, como você conversaria com s dois profissionais para evitar que novos casos como o da paciente Roseana ocorressem? Descreva o que você falaria para a equipe e como seria o diálogo.

Para finalizar, por favor, preencha as **informações sociodemográficas e profissionais** abaixo. Recordamos que todos os dados serão mantidos em sigilo e tratados de forma agrupada, sem qualquer identificação individual. Suas respostas são fundamentais para o sucesso deste estudo.

Obrigada pela participação e colaboração!

1-Nome completo: _____

2-E-mail: _____

3-Faixa etária:

( ) Entre 20 e 25 anos ( ) Entre 26 e 31 anos ( ) Entre 32 e 37 anos ( ) Entre 38 e 43 anos
( ) Entre 44 e 49 anos ( ) Entre 50 e 55 anos ( ) Acima de 55 anos

4-Gênero
( ) Feminino **( )** Masculino ( ) Outro ( ) Prefiro não informar

5-Naturalidade (cidade onde nasceu): _____

6- Hospital Universitário da Residência:
( ) HuB – DF

( ) HC- UFG
( ) HU- UFC
( ) HC-UFPR

7-Programa de Residência:
( ) Medicina ( ) Multprofissional

8- Nome do Programa de Residência: _____

9- Formação acadêmica:
( ) Medicina
( ) Enfermagem
( ) Psicologia
( ) Fisioterapia
( ) Terapia Ocupacional
( ) Nutrição
( ) Farmácia
( ) Odontologia

10- Nome da Instituição que se formou: _____

11- Tempo de experiência profissional:
( ) 1 a 3 anos
( ) 4 a 6 anos
( ) Acima de 6 anos

Apêndice E – Teste de Julgamento Situacional 2 (T2)

INSTRUÇÃO: Leia atentamente o relato de um caso sobre a paciente Kelly que recebeu alta sem orientações da terapia ocupacional e, em seguida, responda as perguntas.

Você atua na equipe de saúde da Unidade de Internação de um Hospital Universitário. Juliana, Terapeuta Ocupacional, chega ao Hospital Universitário para mais um dia de trabalho e sua primeira atividade é participar da passagem de plantão. Ao ouvir o último relato dos profissionais que atuaram no plantão anterior, ela percebe que uma paciente, que sofreu um acidente vascular cerebral (AVC) e está em processo de reabilitação, recebeu alta sem o seu conhecimento. Dessa forma, indaga a Enfermeira Simarly, que está sentada no computador na sala da equipe:
- Ei Simarly! Bom dia! A paciente Kelly Regina, do leito 15, precisaria ter sido orientada quanto a alguns procedimentos necessários à sua recuperação em casa. Por que eu não fui consultada? Já é a terceira vez neste mês que isso acontece. Difícil trabalhar assim hein?!
Simarly abaixa a cabeça, lamenta o ocorrido e responde:
- Juliana, acho que o Dr. Diogo estava com pressa e não te achou no momento da alta. Ele comentou também que as orientações mais importantes já haviam sido repassadas.
A Fisioterapeuta Lisa, que também estava na enfermaria, ouve o diálogo e comenta sem olhar para as duas colegas:
- Eu estava no momento da alta com o Dr. Diogo. A gente nunca consegue te encontrar, Juliana. A paciente estava ansiosa pra ir pra casa. Já falamos tanto sobre essa paciente e você nunca se manifestou sobre a necessidade dessa orientação. Não vamos adivinhar, né?
- Lisa, eu sempre emito minha opinião nas reuniões, mas raramente sou consultada nesse momento de alta pela equipe. Você, como Fisioterapeuta, deveria saber que essa orientação da TO é básica e muito importante para a recuperação da paciente. Por que não tentou entrar em contato comigo?
-Juliana, acho que você tem que resolver isso com o Dr. Diogo tá? Não quero me envolver em confusão. Bom dia!
Juliana questiona à equipe o motivo das decisões e os integrantes não conseguem identificar o que causou a falta de comunicação. Neste momento, um dos pacientes do ambulatório solicita atendimento e os integrantes da equipe se dispersam em suas atividades.
Você, que assistiu toda a discussão e faz parte da equipe, envia uma mensagem no grupo do *WhatsApp* propondo uma reunião da equipe para discussão e resolução do caso. Todos visualizam, mas não respondem.

Responda as perguntas com base no relato do caso acima:

a) A quais profissões pertencem os integrantes da equipe que interagiram com a paciente Kelly Regina?

b) Descreva três comportamentos apresentados pelos profissionais da equipe que contribuíram para Kelly Regina deixar o Hospital sem as orientações da Terapeuta Ocupacional Juliana.

c) Explique como os profissionais da equipe poderiam ter atuado para evitar situações como a da Kelly Regina.

d) Tendo em vista as soluções apontadas, como você conversaria com os colegas da sua equipe para evitar que novos casos como o da paciente Kelly Regina aconteçam? Descreva o que você falaria para a equipe e como seria o diálogo.

Para finalizar, por favor, preencha as **informações sociodemográficas e profissionais.** Recordamos que todos os dados serão mantidos em sigilo e tratados de forma agrupada, sem qualquer

identificação individual. Suas respostas são fundamentais para o sucesso deste estudo. Obrigada pela participação e colaboração!

Nome Completo:_____

E-mail: _____

Apêndice F – Teste de Julgamento Situacional 3 (T3)

INSTRUÇÃO: Leia atentamente o relato de um caso sobre a alteração da dieta de uma paciente e, em seguida, responda as perguntas.

Você atua na equipe de saúde da Unidade de Internação de um Hospital Universitário. Letícia, nutricionista, chega ao trabalho bastante irritada e pede para conversar com os integrantes da sua equipe. Estão na sala, além de você, a enfermeira Eliane e a psicóloga Gabriela. Letícia então inicia a conversa:

- *Pessoal, bom dia! Eu realizei uma avaliação da paciente Luana, leito 7, e propus uma dieta com quantidades específicas. Deixei tudo anotado para o Dr. George prescrever, junto com os demais medicamentos, que serão administrados pela enfermagem. Horas depois, percebi que os valores da dieta estavam completamente diferentes do meu registro. Alguém pode me explicar o que aconteceu?*

A enfermeira Eliane entra imediatamente no prontuário eletrônico e responde:

- *Humm...paciente Luana? Foi a Paola, a enfermeira novata, que administrou a infusão. Tem que perguntar pra ela. O que eu sei é que a paciente estava com diarreia e a dieta foi interrompida hoje de manhã pelo Dr. George.*
- *Como assim? Além de administrarem o valor errado da dieta, interrompem sem nem conversar comigo?* Indaga a nutricionista Leticia.

A psicóloga Gabriella, que estava na sala, também acompanhou o caso da paciente Luana, opina com certo constrangimento:

- *Letícia, a irmã dessa paciente é nutricionista também. Ela é poliqueixosa e vem discordando dos procedimentos adotados com a irmã, incluindo os valores nutricionais que você vem propondo. Ela conversou com o Dr. George. Então, possivelmente, ele fez a alteração nos valores e não comentou com você.*

Letícia fica perplexa com a informação trazida por Gabriela e questiona a enfermeira Eliane, que balança a cabeça confirmando a fala da psicóloga e, em seguida, comenta:

-Então a parte da enfermagem está explicada também. A Paola (enfermeira novata), na hora de administrar a dieta, deve ter seguido a prescrição médica já alterada. Mas ela devia ter conversado com você também, Letícia.

Inconformada, Letícia questiona os colegas da equipe presentes na Unidade sobre o motivo de ser sempre a última a saber das coisas. Os integrantes não conseguem responder. A nutricionista sai da sala enfurecida e diz que fará uma queixa da equipe na diretoria do Hospital, pois os integrantes da equipe não se comunicam, podendo colocar a segurança e a saúde da paciente em risco.

Você se levanta e convence Letícia a retornar para a sala e conversar com a equipe.

Responda as perguntas com base no relato do caso acima:

a) A quais profissões pertencem os integrantes da equipe que interagiram com a paciente Luana?

b) Descreva três comportamentos apresentados pelos profissionais da equipe que contribuíram para a mudança na dieta da paciente Luana?

c) Explique como os profissionais da equipe poderiam ter atuado para evitar situações como a da paciente Luana?

d) Tendo em vista as soluções apontadas, como você conversaria com os colegas da sua equipe para evitar que novos casos como a da paciente Luana aconteçam? Descreva o que você falaria para a equipe e como seria o diálogo.

Para finalizar, por favor, preencha as informações abaixo. Recordamos que todos os dados serão mantidos em sigilo e tratados de forma agrupada, sem qualquer identificação individual. Suas

respostas são fundamentais para o sucesso deste estudo. Obrigada pela participação e colaboração!

Nome Completo: _____

E-mail: _____

Neste período de 2 semanas você participou de outro curso ou ação educacional sobre habilidades social (ex.: palestra, treinamento, discussão de caso, leitura sobre o tema)?

( ) Sim
( ) Não

Se você marcou "Sim" relate qual foi a ação educacional: _____

Apêndice G – Testes de Julgamento Situacional elaborados de acordo com metas de aprendizagem e expectativas de respostas (Casos 2, 4 e 6 - T1, T2 e T3)

Código	Item	Objetivo instrucional	Nível de complexidade	Expectativa de resposta
C02A	De acordo com a descrição do caso, a quais profissões pertencem os integrantes das equipes que interagiram com a paciente Roseana que não foi broncoaspirada?	- Identificar as interações socioafetivas geradas entre os integrantes da equipe multiprofissional no cotidiano do trabalho.	Conhecimento	Listar exatamente as 3 profissões citadas no caso: Fisioterapeuta, Enfermeiro e Técnico em Enfermagem
C02B	Descreva três comportamentos apresentados pelos profissionais da equipe que podem ter contribuído para a demora da aspiração das vias aéreas da paciente Roseana.	- Distinguir tarefas e responsabilidades e papéis de cada integrante da equipe multiprofissional - Apoiar o trabalho colaborativo em equipe multiprofissional como recurso de melhoria do cuidado e segurança do paciente	Compreensão Valorização	1) Incompreensão de papéis e responsabilidades do Fisioterapeuta, Enfermeiro e Técnico em Enfermagem. 2) Ausência de debate entre os integrantes da equipe. 3) Tomada de decisão individualizada na assistência prestada ao paciente.
C02C	Explique como os profissionais da equipe poderiam ter atuado para evitar situações como a da paciente Roseana.	- Discutir falhas nas interações socioafetivas no trabalho e impactos no cuidado ao paciente.	Organização e Síntese	A enfermeira deveria ter aspirado o paciente mesmo na ausência do fisioterapeuta. Após aspirar o paciente a enfermeira deveria depois ter conversado com a equipe para reforçar combinados e/ou chegar a um acordo multiprofissional.
C02D	Tendo em vista as soluções apontadas, como você conversaria com os profissionais para evitar que novos casos como o da paciente Roseana ocorressem?	- Propor soluções a partir do debate com os integrantes da equipe multiprofissional, de acordo com recomendações técnicas - Decidir sobre a assistência prestada ao paciente, de forma colaborativa, com os integrantes da equipe multiprofissional em saúde.	Organização e Avaliação	- Definir momento e local adequados para reunir com toda a equipe para abordar o assunto. - Falar da priorização da assistência ao paciente e não apontar culpados específicos. O paciente é de toda a equipe! - Enfatizar a necessidade do trabalho colaborativo da equipe multiprofissional. - Realizar junto com a equipe novos acordos e sugestões de melhoria para a assistência.

Nota. C02A: Questão A do Caso 2 (T1), C02B: Questão B do Caso 2 (T1), C02C: Questão C do Caso 2 (T1).

Código	Item	Objetivo instrucional	Complexidade	Expectativa de resposta
C04A	De acordo com a descrição do caso, a quais profissões pertencem os integrantes das equipes que interagiram com a paciente Kelly Regina?	- Identificar as interações socioafetivas geradas entre os integrantes da equipe multiprofissional no cotidiano do trabalho.	Conhecimento	Listar exatamente as 4 profissões citadas no caso: Terapia Ocupacional, Enfermagem, Fisioterapia e Medicina.
C04B	Descreva três comportamentos apresentados pelos profissionais da equipe que podem ter contribuído para a paciente Kelly Regina ter recebido alta sem a orientação da Terapia Ocupacional.	- Distinguir tarefas e responsabilidades e papéis de cada integrante da equipe multiprofissional - Apoiar o trabalho colaborativo em equipe multiprofissional como recurso de melhoria do cuidado e segurança do paciente	Compreensão Valorização	1) Incompreensão do papel, do terapeuta ocupacional no processo de alta 2) Ausência de debate entre os integrantes da equipe. 3) Tomada de decisão individualizada na assistência prestada ao paciente.
C04C	Explique como os profissionais da equipe poderiam ter atuado para evitar situações como a da paciente Kelly Regina.	- Discutir falhas nas interações socioafetivas no trabalho e impactos no cuidado ao paciente.	Organização e Síntese	Realização de reuniões frequentes entre os integrantes para compartilhamento de informações sobre a assistência prestada ao paciente. Informar à equipe quando da impossibilidade de participação e possíveis encaminhamentos nestes casos.
C04D	Tendo em vista as soluções apontadas, como você conversaria com os profissionais para evitar que novos casos como o da paciente Kelly Regina ocorressem?	- Propor soluções a partir do debate com os integrantes da equipe multiprofissional, de acordo com recomendações técnicas - Decidir sobre a assistência prestada ao paciente, de forma colaborativa, com os integrantes da equipe multiprofissional em saúde.	Organização e Avaliação	- Definir momento e local adequados para reunir com toda a equipe para abordar o assunto. - Falar da priorização da assistência ao paciente e não apontar culpados específicos. - Enfatizar a necessidade do trabalho colaborativo da equipe multiprofissional. - Realizar junto com a equipe novos acordos e sugestões de melhoria para a assistência.

Nota. C04B: Questão B do Caso 4 (T1), C04C: Questão C do Caso 4 (T2), C04D: Questão D do Caso 4 (T2).

Código	Item	Objetivo instrucional	Complexidade	Expectativa de resposta
C06A	De acordo com a descrição do caso, a quais profissões pertencem os integrantes das equipes que interagiram com a paciente Luana	- Identificar as interações socioafetivas geradas entre os integrantes da equipe multiprofissional no cotidiano do trabalho.	Conhecimento	Listar exatamente as 4 profissões citadas no caso: Nutrição, Psicologia, Enfermagem e Medicina.
C06B	Descreva três comportamentos apresentados pelos profissionais da equipe que podem ter contribuído para a alteração da dieta da paciente Luana.	- Distinguir tarefas e responsabilidades e papéis de cada integrante da equipe multiprofissional - Apoiar o trabalho colaborativo em equipe multiprofissional como recurso de melhoria do cuidado e segurança do paciente	Compreensão Valorização	1) Incompreensão do papel do nutricionista. A enfermeira novata pareceu também desconhecer os integrantes da equipe, bem como seus possíveis acordos internos de trabalho. 2) Ausência de debate entre os integrantes da equipe. 3) Tomada de decisão individualizada na assistência prestada ao paciente.
C06C	Explique como os profissionais da equipe poderiam ter atuado para evitar situações como a da paciente Luana	-Discutir falhas nas interações socioafetivas no trabalho e impactos no cuidado ao paciente.	Organização e Síntese	Alinhar internamente a comunicação multiprofissional desde o relato da irmã da paciente sobre os valores nutricionais da dieta até a decisão de mudar a dieta. Socializar a enfermeira novata quanto aos procedimentos adotados e combinados internos da equipe multiprofissional.
C06D	Tendo em vista as soluções apontadas, como você conversaria com os profissionais para evitar que novos casos como o da paciente Luana ocorressem?	- Propor soluções a partir do debate com os integrantes da equipe multiprofissional, de acordo com recomendações técnicas. - Decidir sobre a assistência prestada ao paciente, de forma colaborativa, com os integrantes da equipe multiprofissional em saúde.	Organização e Avaliação	- Definir momento e local adequados para reunir com toda a equipe para abordar o assunto. - Falar da priorização da assistência ao paciente e não apontar culpados específicos. O paciente é de toda a equipe! - Enfatizar a necessidade do trabalho colaborativo da equipe. - Realizar junto com a equipe novos acordos e sugestões de melhoria para a assistência.

Nota. C06A: Questão A do Caso 6 (T3), C06B: Questão C do Caso 6 (T3), C06C: Questão C do Caso 6 (T3) C06D: Questão D do Caso 6 (T3).

Apêndice H – Planilha de correção (Caso 2- T1)

a) De acordo com a descrição do caso a quais profissões pertencem os integrantes das equipes que interagiram com a paciente Roseana? VALOR: 1,0	
Possibilidades de Respostas	**Nota**
Listar apenas fisioterapeuta, enfermeiro e técnico em enfermagem.	**1,0**
Listar mais de uma profissão de saúde, incluindo as três profissões que interagiram com a paciente: fisioterapeuta, enfermeiro, técnico em enfermagem.	**0,9**
Listar mais de uma profissão de saúde, incluindo duas das três profissões que interagiram com a paciente.	**0,7**
Listar mais de uma profissão de saúde, incluindo uma das três profissões que interagiram com a paciente.	**0,5**
Lista apenas fisioterapeuta	**0,33**
Listar apenas enfermeiro	**0,33**
Listar apenas técnico em enfermagem	**0,33**
Lista apenas um outro profissional de saúde	**0,2**
Todos com formação técnica na área da saúde.	**0**
Todos são profissionais de saúde, em diferentes áreas de atuação.	**0**
Não sei	**0**
Em branco	**0**

b) Descreva três comportamentos apresentados pelos profissionais da equipe contribuíram para a demora da aspiração de vias aéreas da paciente Roseana. VALOR: 2,0	
Possibilidades de Respostas	**Nota**
Descreve comportamentos **associados às três das habilidades socioafetivas trabalhadas** (incompreensão de papéis, falta de debate entre os integrantes e dificuldade de tomada de decisão colaborativa).	**2**
Descreve comportamentos **associados a duas das habilidades socioafetivas trabalhadas** (incompreensão de papéis, falta de debate entre os integrantes e dificuldade de tomada de decisão colaborativa).	**1,32**
Descreve comportamentos **associados a uma habilidade socioafetivas trabalhada** (incompreensão de papéis, falta de debate entre os integrantes e dificuldade de tomada de decisão colaborativa).	**0,66**
Descreve comportamentos **associados a nenhuma das habilidades socioafetivas trabalhadas** (incompreensão de papéis, falta de debate entre os integrantes e dificuldade de tomada de decisão colaborativa), mas consegue indicar outro comportamento específico da rotina assistencial que contribui para gerar situações semelhantes ao caso.	**0,4**

b1) Exemplos de respostas associadas a incompreensão de papéis (0,66)	Nota
Os integrantes da equipe desconhecem os papéis, tarefas ou responsabilidades dos outros profissionais	**0,66**
Os integrantes da equipe desconhecem os limites e possibilidades de atuação de cada um.	**0,66**
Desconhecimento porque toda a equipe é treinada e capaz de executar o procedimento.	**0,66**
Pouco conhecimento que a Enfermeira tem pois também é obrigação da enfermagem a aspiração.	**0,66**
Enfermeira não quis realizar o procedimento, pois afirmou que quem conduz é o Fisioterapeuta que não estava presente.	**0,66**
Transferência de responsabilidade	**0,66**
Responsabilização de terceiros	**0,66**
Não estão cumprindo a sua função. A atribuição que for determinada para o profissional ele tem que realizar.	**0,66**
Delegar funções para o outro colega, sendo que o enfermeiro se encontra capacitado para realizar tal função.	**0,66**
Dúvidas em relação às atribuições e tarefas	**0,66**
A não realização do procedimento por parte da enfermeira por achar q não era sua atribuição	**0,66**
Restringir sua atuação nos cuidados ao paciente	**0,66**
Inflexibilidade de atuação	**0,66**
b2) Exemplos de respostas associadas a falta de diálogo e debate entre os integrantes da equipe (0,66)	
Os integrantes da equipe não debateram o caso da paciente	**0,66**
A equipe não realizou acordos e combinados internos com relação ao procedimento de aspiração de vias aéreas ser realizado por qualquer profissional habilitado e que esteja na unidade no momento.	**0,66**
Falta de comunicação e diálogo na equipe	**0,66**
Falta de comunicação assertiva	**0,66**
Não houve designação de tarefas entre os integrantes de equipe por falta de comunicação entre eles.	**0,66**
Falta de clareza na comunicação	**0,66**
Quando proposto reunião em equipe, pouca adesão a buscas de melhoria	**0,66**
b3) Exemplos de respostas associadas a tomada de decisão individualizada e não em equipe (0,66)	
Falta de colaboração	**0,66**
Falta de sendo de equipe, de time	**0,66**
Falta de trabalho em equipe	**0,66**
Falta de corporativismo e coletividade nas decisões	**0,66**
Egoísmo dos profissionais	**0,66**
Individualidade	**0,66**
Ausência de sentimento de equipe	**0,66**
Possibilidades de Respostas	**Nota**
Ausência de coleguismo	**0,66**

b4) Exemplos de outras respostas (0,3)	
Falta de cuidado com o paciente	**0,4**
Falta de compaixão	**0,4**
Falta de empatia com a paciente	**0,4**
Descaso	**0,4**
Irresponsabilidade	**0,4**
Negligência da Enfermeira que viu a necessidade de aspirar a paciente e não fez	**0,4**
Falta de comprometimento com o bem-estar do paciente	**0,4**
Falta de priorização do paciente	**0,4**
Falta de ética já que é um dever do profissional fazer o melhor para a saúde do paciente	**0,4**
Falta de proatividade dos profissionais da equipe	**0,4**
Passividade	**0,4**
Aguardar pelo próximo, achar que é obrigação do próximo	**0,4**
Relacionamento ruim entre os integrantes da equipe	**0,4**
Comportamentos agressivos	**0,4**
Conflitos entre os integrantes.	**0,4**
Recusa da tarefa por parte da enfermagem (talvez por falta de conhecimento técnico)	**0,4**
Insegurança em realizar o procedimento	**0,4**
Competição entre profissionais	**0,4**
Ausência da equipe completa, teoricamente necessária para a realização do procedimento.	**0**
Ausência do fisioterapeuta na unidade	**0**
A enfermeira, por não ser função da enfermagem, esperou que o fisioterapeuta viesse fazer. E esse, por sua vez, não veio. Prejudicando a paciente.	**0**
Carga de trabalho	**0**
Condições ruins de trabalho	**0**
Cansaço	**0**
Falta de leitura de prontuário	**0**
Não sei	**0**
Em branco	**0**

c) Explique como os profissionais da equipe poderiam ter atuado para evitar situações como a da paciente Roseana (VALOR:3,0)

Possibilidades de Respostas	**Nota**
Aponta soluções associadas às **três habilidades socioafetivas trabalhadas** (incompreensão de papéis, falta de debate entre os integrantes e dificuldade de tomada de decisão colaborativa).	**3**
Aponta soluções associadas **a duas das habilidades socioafetivas trabalhadas** (incompreensão de papéis, falta de debate entre os integrantes e dificuldade de tomada de decisão colaborativa).	**2**

Possibilidades de Respostas	Nota
Aponta soluções associadas **a uma habilidade socioafetiva trabalhada** (incompreensão de papéis, falta de debate entre os integrantes e dificuldade de tomada de decisão colaborativa).	**1**
Aponta soluções associadas **a nenhuma das habilidades socioafetivas trabalhadas** (incompreensão de papéis, falta de debate entre os integrantes e dificuldade de tomada de decisão colaborativa), mas consegue indicar uma alternativa para evitar situações semelhantes ao caso.	**0,6**
c1) Exemplos de soluções associadas à incompreensão de papéis e atribuições (1,0)	
A enfermeira deveria ter aspirado o paciente mesmo na ausência do fisioterapeuta	**1**
Os integrantes deveriam conhecer as atribuições e papéis de cada profissional	**1**
Qualquer profissional é capacitado para realizar aspiração.	**1**
Os procedimentos são de responsabilidade tanto do fisioterapeuta como da enfermeira.	**1**
O profissional que identificou o problema deveria ter aspirado	**1**
Definições de atribuições de atividades	**1**
Não se deve permitir que a hierarquia sistemática da equipe seja acima do bem-estar do paciente, tendo em vista que se trata de um procedimento simples, sem risco de danos ao paciente se for feita por um outro profissional de saúde. Mais complicações ocorrerão se não houver aspiração realizada.	**1**
O foco sempre é a paciente o que podemos fazer para curar, e se não possível, melhorar o seu quadro clínico priorizando o seu conforto e bem-estar.	**1**
Poderia haver orientações e treinamentos para esclarecer quanto ao que cabe tecnicamente para cada categoria.	**0,8**
É importante deixar claro o papel de cada profissional e o que lhes cabe ser realizado tecnicamente, oferecendo aos profissionais aproximação com seus sindicatos e orientações formais.	**0.8**
c2) Exemplos de soluções associadas ao debate e diálogo com a equipe de trabalho (1,0)	
Diálogo entre os membros	**1**
Através de um diálogo ético e assertivo estabelecer de forma consistente e responsável assistência a paciente.	**1**
A enfermeira, após aspirar o paciente deveria depois ter conversado com a equipe para chegar um acordo.	**1**
Tendo uma conversa prévia sobre os limites e possibilidades para o atendimento dos pacientes, levando em conta o bom senso, multidisciplinaridade e cooperação	**1**
Melhorar comunicação	**1**
Poderiam ter debatido o caso da paciente	**1**
Estabelecer, em comum acordo entre os membros da equipe, escalas e definições da área de atuação de cada membro.	**1**

Possibilidades de Respostas	Nota
Os integrantes da equipe deveriam ter realizado combinados internos quanto a realização de procedimentos de vias aéreas conforme situação clínica do paciente	**1**
Levar o assunto para reunião de equipe	**1**
Registrar o ocorrido em reunião de equipe	**1**
c3) Exemplos de soluções associadas a soluções à tomada de decisão colaborativa em equipe (1,0)	
Poderiam ter trabalhado em conjunto com o outro, através do trabalho em equipe e multidisciplinar	**1**
Deveriam trabalhar em equipe para contribuir com uma assistência de qualidade e segura ao paciente. Que deveria ser o objetivo comum aos multiprofissionais que atuam na UTI.	**1**
Trabalho em equipe e proporcionar a paciente o melhor tratamento possível.	**1**
Estabelecidos estratégias de assistência colaborativa	**1**
Visão de equipe multiprofissional	**1**
O trabalho deve ser em equipe.	**1**
Pensar como uma equipe e não no individual.	**1**
A equipe deve atuar de forma conjunta e complementar.	**1**
c4) Exemplos de soluções associadas a outras habilidades (0,6)	
Profissionais poderiam ter manejado o conflito em equipe	**0,6**
Os profissionais poderiam se relacionar com mais respeito e civilidade	**0,6**
Organizar a agenda, colocando os pacientes do dia, procedimentos e profissionais necessários que deveriam estar disponíveis para realização	**0,6**
Através da elaboração de POP's e comunicação entra a equipe	**0,6**
Bom relacionamento entre as partes considerando a segurança do paciente.	**0,6**
Se colocar no lugar do próximo	**0,6**
Acho necessária a determinação de um líder da equipe, que coordene a elaboração da escala e faça controle de qualidade dos procedimentos.	**0,6**
A enfermagem poderia solicitar ajuda a fisioterapia, para realização do procedimento, caso se sentisse incapaz de realizar tal atividade.	**0,6**
Mesmo não sendo atribuição da enfermeira ela pode fazer a aspiração, pois a paciente estava necessitando desse procedimento.	**0**
Registro em prontuário sem citar nomes	**0**
A enfermeira deveria ter conversado com o fisioterapeuta sobre o motivo de sua ausência.	**0**
O fisioterapeuta poderia informar aos colegas de equipe os momentos que precisar se ausentar, já que é o único da unidade.	**0**
Não sei	**0**
Em branco	**0**

4- Tendo em vista as soluções apontadas, como você conversaria com os profissionais para evitar que novos casos como o da paciente Roseana ocorressem? VALOR: 4,0	
Possibilidades de Respostas	**Nota**
Definiria **momento e loca**l adequados para reunir com **toda a equipe**	**1**
Falaria da **priorização da assistência ao paciente**	**1**
Enfatizaria a necessidade do **trabalho colaborativo da equipe multi**	**1**
Realizaria junto com a equipe **novos acordos e sugestões de melhoria** para a assistência.	**1**
Reuniria apenas com o fisioterapeuta e a enfermeira para conversar	**0,5**
Conversaria com o fisioterapeuta	**0**
Conversaria com o enfermeiro	**0**
Indagaria ao fisioterapeuta o motivo de sua ausência no horário da aspiração do paciente.	**0**
Daria algum tipo de advertência ao fisioterapeuta, que não estava em seu posto para realização do procedimento.	**0**
Daria algum tipo de advertência a enfermeira que não realizou o procedimento de aspiração	**0**
Falaria que a obrigação do Fisioterapeuta é aspirar somente quando se encontra necessidade após sua conduta fisioterapêutica,	**0**
Falaria que falta do fisioterapeuta, por escalonamento o procedimento deve ser do enfermeiro.	**0**
Diria que se o fisioterapeuta é responsável em fazer as aspirações ele tem que se organizar para realizar suas atribuições.	**0**
Não sei	**0**
Em branco	**0**
d1) Exemplos de resposta associadas à Definição da forma e local do início da conversa (1,0)	
Esperaria um momento mais calmo e reservado para a estabelecer a conversa	**1**
Tentaria apaziguar os ânimos primeiro	**1**
Faria uma reunião com todos os profissionais da UTI, em horários diferentes para que todos possam participar.	**1**
Olharia nos olhos de cada colega quando estivesse falando	**1**
Ouviria a opinião de cada um sem interromper	**1**
Ouviria as partes quanto os seus deveres como profissional e quais os limites reais das profissões	**1**
Pediria que todos utilizassem um tom de voz adequado e compatível com o contexto hospitalar	**1**
Pediria que todos utilizassem uma linguagem acessível a todas as formações profissionais da equipe	**1**
Conversaria, de forma firme e calma, com os envolvidos e com o restante da equipe	**1**

Possibilidades de Respostas	Nota
Não apontaria culpados. O paciente é da equipe e não de profissionais isolados	**1**
Reforçaria que a comunicação é fundamental na prática multiprofissional.	**1**
Abriria o tema para todos falarem sobre as dificuldades e anseios referentes a esta tarefa.	**1**
d2) Exemplos de respostas associadas à Priorização da assistência ao paciente (1,0)	
A partir do momento que você identificou um problema poderia ter resolvido em prol do bem-estar da paciente.	**1**
Diria que o mais importante é a qualidade de atendimento ao paciente, considerando as definições de atividades e fluxos do hospital a serem seguidos.	**1**
O cuidado do paciente em primeiro lugar	**1**
Ao invés de delegar funções, todos deveriam estar atentos à condição clínica do paciente, a equipe está ali para atender qualquer necessidade do paciente	**1**
Relembraria que o paciente é foco	**1**
O que for necessário para o paciente no momento, se formos aptos a realizar, devemos fazer	**1**
Nunca deixar a paciente de forma que ela seja a prejudicada.	**1**
Todos estão ali em prol do paciente.	**1**
Lembraria de que todos têm suas atribuições e que as atividades devem ser cumpridas, visando oferecer o melhor tratamento ao paciente.	**1**
A prioridade é o paciente. Se algo acontecesse por falta de aspiração, todos seriam responsabilizados, não somente o fisioterapeuta. Em qualquer situação, primeiro resolve a questão do paciente e depois conversamos e resolvemos a dinâmica da equipe.	**1**
O paciente não pode ser prejudicado por que não tem um profissional para realizar o procedimento.	**1**
Entendo que haja uma dúvida da equipe em relação a que profissional deve realizar o procedimento invasivo. Porém não nos cabe levar essa discussão para frente se há um profissional que precisa ser cuidado. No momento da intercorrência a condição clínica do doente deve estar acima de qualquer desacordo que haja com a equipe. Não podemos jamais prejudicar a assistência do paciente ele deve ser nossa prioridade.	**1**
d3) Exemplos de respostas associadas à Ênfase na necessidade do trabalho colaborativo da equipe multi (1,0)	
Como a aspiração cabe tanto à equipe de enfermagem quanto à fisioterapia, é importante quem tiver mais tranquilo no momento realizar o procedimento.	**1**
Caso não se sentisse seguro em fazer, recorrer a outros profissionais mais capacitados presentes naquele plantão.	**1**
É importante dividir as tarefas para deixar a assistência fluir melhor.	**1**

Possibilidades de Respostas	Nota
Aspiração é atribuição de toda a equipe. Médico, enfermeiro, técnico e fisioterapeuta!	**1**
Conversaria com equipe relembrando a importância da ação em conjunto da equipe multidisciplinar	**1**
Pensar como uma equipe, em que nem sempre todos estarão ali no seu melhor momento, mas um colega pode cobrir a função do outro sendo devidamente treinado aquela função.	**1**
Vale reafirmar que somos uma equipe e que, por conta disso, devemos trabalhar em conjunto, conversando e avisando ao colega.	**1**
O trabalho de todos os profissionais é de fundamental importância para melhora do quadro da paciente.	**1**
O técnico de enfermagem poderia ajudar o fisioterapeuta a pegar o material, e se não soubesse qual material seria, comunicá-lo, para não pegar o material errado.	**1**
Acho que a situação deixou claro que precisamos nos comunicar melhor, pedir ajuda e colaborar um com o outro.	**1**
d4) Exemplos de respostas associadas aos Novos acordos e sugestões de melhoria (1,0)	
Proporia a avaliação, em conjunto, das alterativas pontuadas por cada integrante.	**1**
Reforçaria a importância da realização periódica das reuniões de equipe para alinhamentos e discussão de caso clínico	**1**
Realizaria alguns combinados e alternativas quando algum profissional precisasse se ausentar da unidade	**1**
Recomendaria que o profissional conversasse antes do colega antes de expor a situação no prontuário do paciente	**1**
Reforçaria, ainda, que a paciente é de toda a equipe e não de profissionais isolados.	**1**
Avaliaria com todos a necessidade de treinamento de equipe para alguns procedimentos simples	**1**
Revisaria documentos dos respectivos específicos de profissão em saúde.	**1**

Apêndice I – Planilha de Correção (Caso 4 - T2)

a) Com base na descrição do caso, a quais profissões pertencem os integrantes da equipe que interagiram com a paciente Kelly Regina? VALOR: 1,0

Possibilidades de Respostas	Nota
Listar exatamente as **4 profissões citadas no caso**: Terapeuta Ocupacional, Enfermeiro, Fisioterapeuta e Médico	**1,0**
Listar mais de uma profissão de saúde, **incluindo as quatro profissões que interagiram** com a paciente. Ex.: Terapeuta Ocupacional, Médico, Enfermeira, Fisioterapeuta e Técnico em Enfermagem.	**0,9**
Listar mais de uma profissão de saúde, **incluindo três das quatro profissões que interagiram** com a paciente. Ex.: Terapeuta Ocupacional, Médico, Enfermeira e Nutricionista.	**0,7**
Listar mais de uma profissão de saúde, **incluindo duas das quatro profissões que interagiram** com a paciente. Ex.: Terapeuta Ocupacional, Médico e Psicólogo.	**0,5**
Listar mais de uma profissão de saúde, **incluindo uma das quatro profissões que interagiu** com a paciente. Ex.: Terapeuta Ocupacional e Psicólogo.	**0,4**
Listar apenas Terapeuta Ocupacional	**0,25**
Listar apenas Enfermeiro	**0,25**
Listar apenas Fisioterapeuta	**0,25**
Listar apenas Médico	**0,25**
Lista apenas um outro profissional de saúde (ex.: Nutricionista, Farmacêutica).	**0,2**
Todos com formação técnica na área da saúde.	**0**
Todos são profissionais de saúde, em diferentes áreas de atuação.	**0**
Não sei	**0**
Em branco	**0**

b) Descreva três comportamentos apresentados pelos profissionais da equipe contribuíram para Kelly Regina deixar o Hospital sem as orientações da Terapeuta Ocupacional Juliana. VALOR: 2,0

Possibilidade de Respostas	NOTA
Descreve comportamentos **associados às três das habilidades socioafetivas trabalhadas** (incompreensão de papéis, falta de debate entre os integrantes e dificuldade de tomada de decisão colaborativa).	**2**
Descreve comportamentos **associados a duas das habilidades socioafetivas trabalhadas** (incompreensão de papéis, falta de debate entre os integrantes e dificuldade de tomada de decisão colaborativa).	**1,32**
Descreve comportamentos **associados a uma habilidade socioafetiva trabalhada** (incompreensão de papéis, falta de debate entre os integrantes e dificuldade de tomada de decisão colaborativa).	**0,66**
Descreve comportamentos **associados a nenhuma das habilidades socioafetivas trabalhadas** (incompreensão de papéis, falta de debate entre os integrantes e dificuldade de tomada de decisão colaborativa), mas consegue indicar outro comportamento específico da rotina assistencial que contribui para gerar situações semelhantes ao caso.	**0,4**

b1) Exemplos de respostas associadas a incompreensão de papéis (0,66)	
Incompreensão do papel do terapeuta ocupacional no processo de alta	**0,66**
Desconhecimento da importância do profissional TO no momento da alta	**0,66**
A falta de entendimento da importância de todos os profissionais	**0,66**
Além da falta de percepção de multidisciplinaridade dos outros profissionais, que não perceberam a necessidade da terapia ocupacional para a paciente	**0,66**
Desconsideração pelo trabalho da terapia ocupacional na reabilitação da paciente.	**0,66**
O médico não achou necessária a presença da TO no momento da alta.	**0,66**
b2) Exemplos de respostas associadas a falta de diálogo e debate entre os integrantes da equipe (0,66)	
Falta de diálogo entre a equipe. Quando proposto reunião em equipe, pouca adesão à buscas de melhoria	**0,66**
Falta um bom sistema de comunicação da equipe.	**0,66**
Ausência de comunicação entre os profissionais que atenderam a paciente no momento de realização da alta hospitalar.	**0,66**
Ausência de visita multidisciplinar para passagem de caso diária	**0,66**
b3) Exemplos de respostas associadas a tomada de decisão individualizada e não em equipe (0,66)	
Tiveram autonomia para decidir por si só, que a paciente não precisava das orientações da TO, desconsiderando a importância da consulta com a terapeuta.	**0,66**
Falta de cooperação.	**0,66**
Falta de consenso de todos os envolvidos de que a alta seria possível.	**0,66**
Falta de trabalho em equipe	**0,66**
Falta de senso de equipe	**0,66**
Falta de alinhamento da importância do atendimento multidisciplinar.	**0,66**
Falta visão de equipe multiprofissional, ausência como membro da equipe.	**0,66**
b4) Exemplos de outras respostas (0,4)	
Falta de respeito a função de cada profissional da equipe.	**0,4**
Desvalorização do profissional	**0,4**
Ausência de registro em prontuário da especialidade supracitada	**0,4**
Descaso da equipe pelo trabalho da profissional,	**0,4**
Falta de atenção e escuta ativa com a paciente	**0,4**
Tentativa falha em contactar a terapeuta	**0,4**
Falta de interesse	**0,4**
Pressa do médico em dar alta	**0,4**
O médico deixou sua impaciência imperar em detrimento do melhor atendimento da paciente.	**0,4**
Discussão	**0,4**
Falta de rotina	**0,4**
Mau gerenciamento clínico	**0,4**

Possibilidade de Respostas	NOTA
Desleixo com a paciente, pois a falta de orientação pode fazer paciente retornar.	**0,4**
Falta de fluxo estabelecido de atendimento da equipe	**0**
Falta de previsão de alta	**0**
Falta de protocolos para alta	**0**
A Terapeuta Ocupacional poderia ter dado as orientações antes ou ter deixado escrito em prontuário que a paciente não poderia ir de alta antes da avaliação da Terapeuta ocupacional	**0**
Brevidade em rotatividade de leitos	**0**
Ausência da Terapeuta Ocupacional no momento da alta	**0**
Não sei	**0**
Em branco	**0**

c) Explique como os profissionais da equipe Juliana (terapeuta ocupacional), Simarly (enfermeira), Diogo (médico), Lisa (fisioterapeuta) poderiam ter atuado para evitar situações como a da Kelly Regina. VALOR: 3,0

Possibilidades de Respostas	NOTA
Aponta soluções associadas às **três habilidades socioafetivas trabalhadas** (incompreensão de papéis, falta de debate entre os integrantes e dificuldade de tomada de decisão colaborativa).	**3**
Aponta soluções associadas **a duas das habilidades socioafetivas trabalhadas** (incompreensão de papéis, falta de debate entre os integrantes e dificuldade de tomada de decisão colaborativa).	**2**
Aponta soluções associadas **a uma habilidade socioafetivas trabalhada** (incompreensão de papéis, falta de debate entre os integrantes e dificuldade de tomada de decisão colaborativa).	**1**
Aponta soluções associadas **a nenhuma das habilidades socioafetivas trabalhadas** (incompreensão de papéis, falta de debate entre os integrantes e dificuldade de tomada de decisão colaborativa), mas consegue indicar uma alternativa para evitar situações semelhantes ao caso.	**0,6**
c1) Exemplos de soluções associadas à compreensão de papéis e atribuições (1,0)	
Cada profissional deve se mostrar necessário e presente como parte da equipe multifuncional	**1**
A importância de cada etapa da reabilitação de paciente. Respeitar o lugar de cada profissão na sua conduta.	**1**
c2) Exemplos de soluções associadas a soluções ao debate e diálogo com a equipe de trabalho (1,0)	
Realização de reuniões frequentes entre os integrantes para compartilhamento de informações sobre a assistência prestada ao paciente.	**1**
Informar à equipe quando da impossibilidade de participação e possíveis encaminhamentos nestes casos.	**1**
A terapeuta ocupacional poderia colocar isso na reunião da equipe	**1**
Informar a equipe, via meio de comunicação mais utilizado na instituição, sobre a possível alta dos pacientes do dia seguinte e a necessidade de todos estarem presentes.	**1**

Possibilidade de Respostas	NOTA
Passagem de plantão com toda equipe para discussão de casos e definição das orientações de cada profissional.	**1**
Alinhamento de metas terapêuticas; acompanhamento da evolução clínica e planejamento para o cuidado domiciliar transcorrido durante o internamento	**1**
Uma rede de comunicação mais eficaz e ser mais atendo ao sistema de registro de internação e alta dos pacientes.	**1**
Comunicando-se melhor, solicitando rounds de visita multiprofissional na alta hospitalar dos pacientes	**1**
Terapeuta: Se comunicar melhor com a equipe e das necessidades da paciente. Médico: Dividir a definição de alta para toda a equipe, além de incentivar as orientações pós alta. Fisioterapeuta e enfermeira: Comunicar os outros integrantes da equipe da eminência da alta da paciente e prever a necessidade da terapia ocupacional.	**1**
Realizar visita multidisciplinar, principalmente em situações como alta hospitalar, para que todos os profissionais envolvidos no caso dessem sua opinião e parecer.	**1**
Diálogo entre os profissionais.	**1**
Comunicação entre os profissionais.	**1**
c3) Exemplos de soluções associadas a soluções à tomada de decisão colaborativa em equipe (1,0)	
Só liberar o paciente após a alta ser dada por todas as especialidades.	**1**
Aguardado a visita da terapeuta ocupacional pra todos conversarem e entraram no melhor diagnóstico clínico e orientação para a paciente.	**1**
As visitas deveriam ser realizadas com todos os membros da equipe, em um horário que todos possam, para alinhar as condutas.	**1**
Deveriam tomar decisões importantes como a alta hospitalar após discussões entre os multiprofissionais envolvidos no tratamento e recuperação da paciente.	**1**
Aguardar a profissional chegar e dar as orientações, necessárias, organizar o horário de altas	**1**
Reuniões de equipe para o processo de alta.	**1**
Enfermeiras e médico poderiam ter solicitado a presença da terapeuta ocupacional durante a visita para decidir sobre a alta hospitalar da paciente	**1**
c4) Exemplos de soluções associadas a outras habilidades (0,6)	
Fazer diariamente, nas reuniões, programações das altas com previsão para breve, a fim de que todos da equipe se organizassem para o dia da alta hospitalar	**0,6**
Aguardar o contato com a terapeuta ocupacional. Avisar um dia antes a possibilidade de alta na passagem da visita.	**0,6**
Manter telefones disponíveis para contato	**0,6**
Deveriam ter entrado em contato com a terapeuta ou encaminhasse a paciente para retornar ao hospital com a consulta agendada.	**0,6**
Se já existe um protocolo de alta onde cada profissional tem que dar sua orientação então teria que estar todos presentes para que isso fosse realizado.	**0,6**

Possibilidade de Respostas	NOTA
Comunicação via prontuário sobre as orientações se alta. Médico colocar no prontuário possibilidade de alta para o dia seguinte.	**0,6**
Ter um protocolo de alta. O médico ser cobrado para cumprir o protocolo.	**0,6**
A terapeuta ocupacional poderia ter deixado registrado em prontuário sobre sua atuação no caso e sobre a necessidade de recomendações específicas no momento da alta, bem como avisar aos demais membros da equipe;	**0,6**
Elaborar um checklist da alta, que só pode ser efetivada após completos todos os quesitos, garantindo que a paciente receba todas as orientações necessárias para sua melhor recuperação.	**0,6**
Comunicação anterior e só após alta da paciente.	**0,6**
Não sei	**0**
Em branco	**0**

d) Tendo em vista as soluções apontadas, como você conversaria com os colegas da sua equipe para evitar que novos casos como o da paciente Kelly Regina aconteçam? Descreva o que você falaria para a equipe e como seria esse diálogo. VALOR: 4,0

Possibilidades de Respostas	Nota
Definiria o **momento e local** adequados para reunir com toda a equipe.	**1**
Falaria da **priorização da assistência ao paciente.**	**1**
Enfatizaria a necessidade do **trabalho colaborativo da equipe multi**	**1**
Realizaria junto com a equipe **novos acordos e sugestões de melhoria** para a assistência.	**1**
Reuniria apenas com o médico e a terapeuta ocupacional para conversar	**0,5**
Conversaria com o médico	**0**
Conversaria com a terapeuta ocupacional	**0**
Indagaria a TO o motivo de sua ausência no horário da alta da paciente.	**0**
Gerar advertência para quem não cumprir o protocolo de alta	**0**
Culpa da enfermeira que deve checar todos os itens de uma alta hospitalar.	**0**
A terapeuta ocupacional deveria estar presente no momento da alta ou, pelo menos, ter instruído melhor a enfermagem sobre a necessidade de orientações antes da alta.	**0**
No dia da alta, a equipe deverá entrar em contato com a assistente social e terapia ocupacional. Caso não consiga contato, registrar queixa no livro de ocorrência.	**0**
Falaria que no hospital existem regras e protocolos na alta e que devem ser seguidas e não devem ser alteradas ou modificadas.	**0**
Não sei	**0**
Em branco	**0**
d1) Exemplos de resposta associadas à Definição da forma e local do início da conversa (1,0)	
Reforçaria a importância da escuta atenta de fala de cada profissional e o respeito a todas as formações.	1
Esperaria um momento mais calmo e reservado para a estabelecer a conversa	**1**
Tentaria apaziguar os ânimos primeiro	**1**

Possibilidade de Respostas	NOTA
Faria uma reunião com todos os profissionais	**1**
Olharia nos olhos de cada colega quando estivesse falando	**1**
Ouviria a opinião de cada um sem interromper	**1**
Ouviria as partes quanto os seus deveres como profissional e quais os limites reais das profissões	**1**
Pediria que todos utilizassem um tom de voz adequado e compatível com o contexto hospitalar	**1**
Pediria que todos utilizassem uma linguagem acessível a todas as formações profissionais da equipe	**1**
Conversaria, de forma firme e calma, com os envolvidos e com o restante da equipe	**1**
Não apontaria culpados. O paciente é da equipe e não de profissionais isolados	**1**
Pessoal, bom dia! Observei ontem que durante a alta da paciente Kelly Regina, havia profissionais importantes nesse processo, ausentes. Como a TO.	**1**
Entendo que houve uma falha assistencial	**1**
d2) Exemplos de respostas associadas à Priorização da assistência ao paciente (1,0)	
Contatar e esperar o profissional chegar para então se dar a alta, de forma adequada e correta, sem danos para o paciente	**1**
O tratamento do paciente vai além da alta do hospital, principalmente os sequelados, que precisam de acompanhamentos para o retorno o mais normal possível das suas atividades. Então, mais atenção as altas para as devidas orientações da equipe em geral	**1**
Lembraria ao médico e aos outros membros da equipe que impaciência e outras razões injustificáveis não são motivo para não fornecer os melhores cuidados ao paciente.	**1**
d3) Exemplos de respostas associadas à Ênfase na necessidade do trabalho colaborativo da equipe multi (1,0)	
É necessário que todos os profissionais estejam presentes e possam orientar o paciente. Dessa forma, podemos tentar adotar a rotina de informar quais as possíveis altas do dia seguinte, para que os profissionais se organizem e estejam presentes. Acredito que juntos podemos otimizar o processo de alta dos pacientes.	**1**
Poderiam conversar um dia antes sobre o caso do paciente e se todos estariam de acordo para possível alta.	**1**
Explicaria a importância de todos participarem ativamente das decisões tomadas em relação ao paciente	**1**
Como é uma equipe multiprofissional, todos tem que interagir sobre os procedimentos e decisões.	**1**
Diante do ocorrido com a paciente Kelly vejo uma demanda a ser considerada para que possamos alinhar a atuação de cada profissional na assistência a mesma. Ressalto a importância de uma comunicação ativa e clara para que possamos assim garantir o bem-estar e recuperação da paciente.	**1**

Possibilidade de Respostas	NOTA
Diria a equipe que todos os profissionais são importantes na recuperação e tratamento do paciente. E por isso devem ser ouvidos para a tomada de decisões importantes.	**1**
Colegas, para recuperação de pacientes acometido por AVC é imprescindível de uma equipe de reabilitação, então cabe a nós como parte dessa equipe multiprofissional, propor condutas e orientações desde a admissão até o momento da alta. Então, diante do ocorrido precisamos rever nossas falhas, melhorar a comunicação, criar estratégias para melhorar a assistência em todo o processo do internamento do paciente. Precisamos entender que somos partes nesse processo para a partir daí passar a importância de todos como equipe.	**1**
Esclarecer a equipe sobre a importância da orientação da TO.	**1**
Pessoal, veja, já que somos uma equipe e todos nós somos importantes para dar uma atenção integral ao paciente, é importante vermos onde erramos e tentar nos comunicar melhor, para que situações como essa não se repitam. Se todos nós acompanhamos o paciente durante a internação, o ideal é que toda a equipe esteja presente na alta do paciente ou seja avisada dela para que o paciente receba todas as informações necessárias à sua boa recuperação em casa. Caso um de nós não possa estar no momento, que seja avisado e, ao menos nos informe se há alguma orientação importante a ser passada ao paciente e à família.	**1**
O paciente é de todos - comunicação - escuta ativa - plano de alta dos pacientes e aviso nos meios de comunicado do hospital (WhatsApp, telefone, teams, sistema).	**1**
Incentivaria a visão de multidisciplinaridade, tentando trazer a noção de paciente com um todo, para que se possa haver repasse de demandas entre as profissões, para haver maior agilidade e melhor atendimento do paciente. Além de sempre incentivar a conversas sobre os pacientes, para que haja uma troca maior de informações, evitando tais situações.	**1**
Conversaria demonstrando a importância da terapia ocupacional para pacientes em pós AVC. A reabilitação deles é fundamental para todo processo posterior e para colaborar com a sua funcionalidade. Explicaria a importância da equipe multidisciplinar e que o foco sempre deve ser o paciente.	**1**
Conversaria sobre a equipe sobre a necessidade de uma comunicação sem ruídos entre eles, que todas as condutas e opiniões sobre o caso deveriam ser compartilhadas e registradas, de forma detalhada, em prontuário. Além disso, solicitaria algum tipo de documento, para permanecer em prontuário, para que quem abrisse, tivesse acesso a todos os profissionais de saúde envolvidos no caso.	**1**
Iria propor novamente uma reunião com todo o grupo. Mostrando a importância do acompanhamento longitudinal do paciente por todas as especialidades.	**1**

Possibilidade de Respostas	NOTA
De forma calma e firme, diria aos membros da equipe que, mesmo que a terapeuta ocupacional não se pronuncie durante as visitas, ela é um membro da equipe de cuidado ao paciente e deve ser, portanto, consultada quanto à alta.	**1**
Conversaria com todos da equipe sobre a provável alta da paciente e qual seria o papel de cada participante da equipe na alta da paciente. O médico avisaria a todos sobre a possível alta da paciente e perguntaria se todos estavam de acordo, e quais informações seriam necessárias de cada área, para que cada um fizesse seu papel em prol da paciente.	**1**
d4) Exemplos de respostas associadas aos Novos acordos e sugestões de melhoria (1,0)	
Pediria a todos que propusessem alternativas para os momentos em que não estivessem presentes em altas hospitalares e demais decisões colaborativas sobre o paciente.	**1**
Realizaria uma avaliação, em conjunto com a equipe, das alternativas pontuadas por cada integrante.	**1**
Proporia uma reunião entre as coordenações para alinhar melhor fluxo de alta para os pacientes.	**1**
Poderíamos propor um fluxo de alta do paciente	**1**
Vamos colocar em prontuário as pendências do paciente e os planos de alta/tratamento. E tendo todas as informações ali, cada um consegue se programar dentro disso.	**1**
Uma outra possibilidade é fazer passagem de plantão multiprofissional pelo menos uma vez na semana para ouvirmos uns aos outros. Escolher alguns casos e discutir.	**1**
Reforçaria, a importância do comparecimento às reuniões de equipe, passagens de plantão, bem como o papel de todos os integrantes nas decisões relacionadas ao paciente.	**1**
Reforçar o respeito e cumprimento do protocolo de alta	**1**
Acredito que possamos pegar esse caso como exemplo e sugerirmos a criação de um fluxograma ou protocolo pra que não haja novos casos como este.	**1**
Sugeriria a criação do checklist da alta, para garantir o melhor cuidado ao paciente.	**1**
Sugerir um treinamento com a equipe de construir um protocolo de alta.	**1**

Apêndice J – Planilha de Correção (Caso 6- T3)

a) Com base na descrição do caso, a quais profissões pertencem os integrantes da equipe que interagiram com a paciente Luana? VALOR: 1,0	
Possibilidades de Respostas	**Nota**
Listar exatamente as **4 profissões citadas no caso**: Nutricionista, Médico, Psicólogo e Enfermeiro.	**1,0**
Listar mais de uma profissão de saúde, **incluindo as quatro profissões que interagiram** com a paciente. Ex.: Nutricionista, Médico, Psicólogo, Enfermeiro e Nutricionista.	**0,9**
Listar mais de uma profissão de saúde, **incluindo três das quatro profissões que interagiram** com a paciente. Ex.: Nutricionista, Médico, Psicólogo e Dentista.	**0,7**
Listar mais de uma profissão de saúde, **incluindo duas das quatro profissões que interagiram** com a paciente: Nutricionista, Médico e Fonoaudiólogo.	**0,5**
Listar mais de uma profissão de saúde, **incluindo uma das quatro profissões que interagiu** com a paciente: Nutricionista e Técnico em Enfermagem.	**0,4**
Listar apenas o Nutricionista	**0,25**
Listar apenas o Médico	**0,25**
Listar apenas o Psicólogo	**0,25**
Listar apenas o Enfermeiro	**0,25**
Lista apenas um outro profissional de saúde (ex.: Farmacêutica)	**0,2**
Todos com formação técnica na área da saúde.	**0**
Todos são profissionais de saúde, em diferentes áreas de atuação	**0**
Não sei	**0**
Em branco	**0**
b) Descreva três comportamentos apresentados pelos profissionais da equipe contribuíram para a mudança na dieta da paciente Luana sem o conhecimento da nutricionista. VALOR: 2,0	
Possibilidades de Respostas	**Nota**
Descreve comportamentos **associado às três das habilidades socioafetivas trabalhadas** (incompreensão de papéis, falta de debate entre os integrantes e dificuldade de tomada de decisão colaborativa).	**2**
Descreve comportamentos **associado a duas das habilidades socioafetivas trabalhadas** (incompreensão de papéis, falta de debate entre os integrantes e dificuldade de tomada de decisão colaborativa).	**1,32**
Descreve comportamentos **associado a uma habilidade socioafetiva trabalhada** (incompreensão de papéis, falta de debate entre os integrantes e dificuldade de tomada de decisão colaborativa).	**0,66**
b1) Exemplos de respostas associadas a incompreensão de papéis (0,66)	
A enfermeira novata pareceu desconhecer os integrantes da equipe, bem como seus possíveis acordos internos de trabalho.	**0,66**
Conhecendo a atribuição de cada profissional.	**0,66**
Despreparo da equipe para lidar com a função do outro,	**0,66**
Médico atuando em área que não é a de sua competência.	**0**
b2) Exemplos de respostas associadas a falta de diálogo e debate entre os integrantes da equipe (0,66)	
Ausência de diálogo entre o médico, enfermeira e nutricionista quanto aos possíveis ajustes na dieta da paciente.	**0,66**

Possibilidades de Respostas	Nota
Falta de diálogo e discussão do caso entre os profissionais.	**0,66**
Falha na comunicação	**0,66**
A nutricionista já não estava sendo informada sobre outras assuntos, tais como a insatisfação da irmã da paciente em relação às dietas prescritas.	**0,66**
Falta de visão equipe multiprofissional.	**0,66**
Alterar a conduta do colega de equipe sem antes discutir com ele.	**0,66**
Ter comunicado a nutricionista da modificação dos valores nutricionais e orientá-la a conversar com o médico e a irmã da paciente da necessidade que a paciente tem da dieta prescrita por ela.	**0,66**
Os profissionais poderiam agregar ainda mais a participação da equipe multiprofissional na condução dos casos, incluindo a nutricionista nas demandas relativas ao que tem competência técnica para agir.	**0,66**
b3) Exemplos de respostas associadas a tomada de decisão individualizada e não em equipe (0,66)	
Trabalho isolado do médico	**0,66**
Falta de pensamento em equipe	**0,66**
Falta de coleguismo e trabalho multidisciplinar	**0,66**
O médico mudou a dieta por queixa do familiar sem conversar e ponderar com a nutricionista responsável	**0,66**
A tomada de decisão sobre a dieta da paciente sem antes comunicar a nutricionista responsável	**0,66**
Autoridade médica em alterar prescrições	**0,66**
Mudança de dieta sem comunicação da nutricionista. Aceitação de uma dieta proposta por uma profissional de fora da equipe, sem comunicação da nutricionista responsável.	**0,66**
b4) Exemplos de outras respostas (0,4)	
Respeitando a atribuição de cada profissional.	**0,4**
Desconsideração pelo trabalho da nutricionista.	**0,4**
Falta de respeito pelo trabalho da nutricionista	**0,4**
Suscetibilidade do médico à interferência da acompanhante da paciente.	**0,4**
Interferência da irmã de paciente	**0,4**
Acompanhante poliqueixosa	**0,4**
Autoridade médica em alterar prescrições	**0,4**
Ausência de diálogo com a irmã da paciente, que por mais que ela seja nutricionista, ela não tem conhecimento do diagnóstico certo, não tem os exames da paciente para tal interversão.	**0,4**
Falta de ética	**0,4**
Falta de empatia	**0,4**
Mudança de quadro da paciente: diarreia	**0,4**
Omissão da verdade e constrangimento, uma vez que foi modificada pelo médico em consenso com a irmã da paciente que tem o mesmo conhecimento técnico da nutricionista Letícia.	**0,4**
Descaso	**0,4**
Registrando as informações no prontuário do(a) paciente	**0,4**
Falta de prescrição da nutricionista	**0**
Cumprimento de ordens	**0**

Possibilidades de Respostas	Nota
Falta de conhecimento por parte da nutrição das intercorrências com o paciente	**0**
Não sei	**0**
Em branco	**0**

c) Explique como os profissionais da equipe George (médico), Letícia (nutricionista), Eliane (Enfermeira), Paola (Enfermeira novata) e Gabriela (psicóloga) poderiam ter atuado para evitar situações como a da paciente Luana? VALOR: 3,0

Possibilidades de Respostas	Nota
Aponta soluções associadas às **três habilidades socioafetivas trabalhadas** (incompreensão de papéis, falta de debate entre os integrantes e dificuldade de tomada de decisão colaborativa).	**3**
Aponta soluções associadas **a duas das habilidades socioafetivas trabalhadas** (incompreensão de papéis, falta de debate entre os integrantes e dificuldade de tomada de decisão colaborativa).	**2**
Aponta soluções associadas **a uma habilidade socioafetivas trabalhada** (incompreensão de papéis, falta de debate entre os integrantes e dificuldade de tomada de decisão colaborativa).	**1**
Aponta soluções associadas **a nenhuma das habilidades socioafetivas trabalhadas** (incompreensão de papéis, falta de debate entre os integrantes e dificuldade de tomada de decisão colaborativa), mas consegue indicar outra alternativa para evitar situações semelhantes ao caso.	**0,6**
c1) Exemplos de soluções associadas à compreensão de papéis e atribuições (1,0)	
Estabelecendo e respeitando a atribuição de cada profissional.	**1**
Definição das atribuições de cada profissão, além de não alterar prescrições de áreas que não a sua.	**1**
c2) Exemplos de soluções associadas a soluções ao debate e diálogo com a equipe de trabalho (1,0)	
Melhorar a comunicação entre a equipe.	**1**
Alinhar internamente a comunicação desde o relato da irmã da paciente sobre os valores nutricionais da dieta até a decisão de mudar a dieta.	**1**
A equipe, em especial o médico deveria se comunicar com a nutricionista	**1**
Os profissionais poderiam agregar ainda mais a participação da equipe multiprofissional na condução dos casos, incluindo a nutricionista nas demandas relativas ao que tem competência técnica para agir.	**1**
Primeira coisa era ter entrado em contato com a nutricionista responsável pela nutrição da paciente, ter dito o que estava acontecendo e aí evitaria todo esse transtorno	**1**
No momento da insatisfação da irmã da paciente, o médico deveria ter solicitado a presença da nutricionista da equipe para esclarecer a sua conduta, não interferindo na dieta proposta pela profissional.	**1**
Comunicação da equipe para com a nutricionista sobre a diarreia e sobre as mudanças da dieta.	**1**
Poderia ser solicitado a nutricionista que explicasse o porquê da prescrição daquele jeito, o motivo específico para os valores adotados. Em caso de dúvidas, essas poderiam ser questionadas a nutricionista.	**1**

Possibilidades de Respostas	Nota
Como houve mudança no quadro da paciente, a nutricionista poderia ter sido questionada, se sua opinião sobre a prescrição continuava a mesma, ou se a mudança no quadro também acarretaria mudanças na prescrição da dieta.	**1**
Sempre comunicar à toda a equipe assistente quaisquer mudanças importantes no cuidado ao paciente.	**1**
Antes da mudança do prontuário, necessário comunicação entre a equipe.	**1**
c3) Exemplos de soluções associadas a soluções à tomada de decisão colaborativa em equipe (1,0)	
Realizar uma reunião multidisciplinar e decidir como receber as sugestões do familiar da área. Sempre entrar em contato com a equipe para discutir condutas	**1**
O médico antes de mudar deveria conversar com a nutricionista e ponderar as queixas do familiar para então entrar num consenso ou manter a dieta já proposta e explicar se fosse o caso, a paciente e sua familiar o motivo daquela dieta!	**1**
c4) Exemplos de soluções associadas a outras habilidades (0,6)	
Socializando a enfermeira novata na unidade, no que tange aos profissionais da equipe, procedimentos adotados e combinados internos.	**0,6**
A equipe poderia ter agendado uma reunião da família com a nutri para ser discutido sobre a meta terapêutica da paciente	**0,6**
A enfermeira e psicóloga deveriam chamar o médico pessoalmente para esclarecer o ocorrido, ao invés de supor o que aconteceu.	**0,6**
O médico deveria informar e deixar registrado em prontuário o motivo da mudança na prescrição.	**0,6**
Explicar a paciente e sua família o motivo daquela dieta!	**0,6**
Não deixar uma enfermeira novata realizar a administração sem monitoramento, visto que ela ainda não tem experiência no local.	**0**
Ter conversado com a irmã da paciente, que por mais que ela seja nutricionista, ela não tem conhecimento do diagnóstico certo, não tem os exames da paciente para tal intervenção.	**0**
A irmã da paciente poderia entrar em contato com a nutricionista, para que tirasse suas dúvidas e dessa sua opinião, mostrando seu ponto de vista.	**0**
Não sei	**0**
Em branco	**0**

d) Tendo em vista as soluções apontadas, como você conversaria com os colegas da sua equipe para evitar que novos casos como a da paciente Luana aconteçam? VALOR: 4,0

Possibilidades de Respostas	Nota
Definiria momento **e local** adequados para **reunir com toda a equipe.**	**1**
Falaria da **priorização da assistência ao paciente**.	**1**
Enfatizaria a necessidade do **trabalho colaborativo da equipe multi.**	**1**
Realizaria junto com a equipe **novos acordos e sugestões** de melhoria para a assistência.	**1**
Reuniria com apenas com o médico e nutricionista para conversar	**0,5**
Conversaria com o médico	**0**
Conversaria com a nutricionista	**0**
Conversaria com a enfermeira	**0**

Possibilidades de Respostas	Nota
Conversaria com a enfermeira novata	**0**
Conversaria com a irmã da paciente	**0**
Não sei	**0**
Em branco	**0**
d1) Exemplos de resposta associadas à Definição da forma e local do início da conversa (1,0)	
Reforçaria a importância da escuta atenta de fala de cada profissional e o respeito a todas as formações.	**1**
Esperaria um momento mais calmo e reservado para a estabelecer a conversa	**1**
Tentaria apaziguar os ânimos primeiro	**1**
Faria uma reunião com todos os profissionais	**1**
Olharia nos olhos de cada colega quando estivesse falando	**1**
Ouviria a opinião de cada um sem interromper	**1**
Ouviria as partes quanto os seus deveres como profissional e quais os limites reais das profissões	**1**
Pediria que todos utilizassem um tom de voz adequado e compatível com o contexto hospitalar.	**1**
Pediria que todos utilizassem uma linguagem acessível a todas as formações profissionais da equipe.	**1**
Conversaria, de forma firme e calma, com os envolvidos e com o restante da equipe	**1**
Não apontaria culpados. O paciente é da equipe e não de profissionais isolados	**1**
Seria um diálogo tranquilo onde pudesse colocar todos os fluxos nos processos de atendimentos, condutas e terapêuticas das equipes.	**1**
Lembraria a todos que não é permitido alterar condutas do colega sem antes consultá-lo e que não se deve atuar em áreas que não a sua.	**0**
A prescrição de dieta é exclusiva de nutricionista e, portanto, a mesma que deve fazer.	**0**
O médico pode sugerir, mas não alterar prescrição de dieta - algo de cunho da nutrição	**0**
Orientava a equipe q somente a nutricionista poderá alterar a dieta.	**0**
d2) Exemplos de respostas associadas à Priorização da assistência ao paciente (1,0)	
O cuidado do paciente em primeiro lugar	**1**
Ao invés de delegar funções, todos deveriam estar atentos à condição clínica do paciente, a equipe está ali para atender qualquer necessidade do paciente	**1**
Relembraria que o paciente é foco	**1**
O que for necessário para o paciente no momento, se formos aptos a realizar, devemos fazer.	**1**
Nunca deixar a paciente de forma que ela seja a prejudicada.	**1**
d3) Exemplos de respostas associadas à Ênfase na necessidade do trabalho colaborativo da equipe multi (1,0)	
Para a equipe ser mais coesa e mais comunicativa.	**1**
Todos devem ficar cientes do quadro do paciente.	**1**
Diante do problema ocorrido, a enfermagem deveria ter conversado com a nutrição e essa ter feito ou não as alterações necessárias	**1**

Possibilidades de Respostas	Nota
Se há queixa de paciente ou acompanhante reportada ao médico, o mesmo deve repassar a nutri para que eles avaliem conjuntamente a prescrição.	**1**
d4) Exemplos de respostas associadas aos Novos acordos e sugestões de melhoria (1,0)	
Para a equipe ficar atenta a toda e qualquer modificações, necessidades e prescrição diferente do que foi programada.	**1**
Importante nos comunicarmos antes de alteramos prescrições ou se necessário alterarmos de forma imediata, em seguida entrar em contato com a equipe para passar as informações necessárias.	**1**
Reforçaria, a importância do comparecimento às reuniões de equipe, passagens de plantão, bem como o papel de todos os integrantes nas decisões relacionadas ao paciente.	**1**
Reforçaria a importância da escuta atenta de fala de cada profissional e o respeito a todas as formações.	**1**
Pediria a todos que propusessem alternativas para os momentos em que não estivessem presentes e demais decisões colaborativas sobre o paciente.	**1**
Realiza uma avaliação em conjunto com a equipe, das alternativas pontuadas por cada integrante.	**1**

Apêndice K – *Slides* Treinamento Prático

https://drive.google.com/file/d/1nvR9VHR3_k9iUYCravXOHKT-cfjgeyKT/view?usp=share_link

Apêndice L – *Slides* Treinamento Teórico-Prático

https://drive.google.com/file/d/1YAeFeW86mi6UTALItHKHhtHXrdihBSyn/view?usp=share_link

Apêndice M – Slides Treinamento Teórico

https://drive.google.com/file/d/1dUaEHteH1fUabbxyRIzDMpgGIgQAddmj/view?usp=share_link

Apêndice N – Folder de divulgação



Apêndice O – Características dos Programas de Residência do H01

Objetivo geral do Programa de Residência	Áreas de concentração	Perfil do egresso	Profissões envolvidas/Vagas	Carga horária
Residência Multiprofissional: Desenvolver competências e habilidades profissionais para a atuação em equipe interprofissional fundamentada nos princípios e diretrizes do SUS, em nível hospitalar e comunitário, considerando a concepção biopsicossocial do processo saúde-doença e visa desenvolver a capacidade crítica no processo de atuação em saúde fundamentada nos princípios éticos, científicos e sociais.	Atenção Oncológica	Será um profissional especialista no cuidado a saúde do adulto, com ênfase na atenção oncológica. Dotado de competências científicas técnicas, éticas e legais que o habilitem a intervir nessa área, de forma articulada com os demais profissionais da saúde, elaborando e executando planos terapêuticos que favoreçam a integralidade da atenção e a humanização da assistência prestada, considerando a concepção biopsicossocial do processo saúde-doença.	11 vagas: enfermeiro (2), farmacêutico (1), fisioterapeuta (1), nutricionista (1), cirurgião dentista (2), psicólogo (2), assistente social (1) e terapeuta ocupacional (1).	60 horas semanais, com duração mínima de 02 anos e um total de 5760h, sendo 2880h anuais, divididos em semestres letivos de 24 semanas.
	Atenção Cardiopulmulmonar	Será um profissional especialista no cuidado a saúde do adulto, com ênfase na atenção cardiopulmonar. Dotado de competências científicas, técnicas, éticas e legais que o habilitem a intervir nessa área, de forma articulada com os demais profissionais da saúde, elaborando e executando planos terapêuticos que favoreçam a integralidade da atenção e a humanização da assistência prestada, considerando a concepção biopsicossocial do processo saúde-doença.	4 vagas: farmacêutico (2), fisioterapeuta (1) e terapeuta ocupacional (1).	
	Atenção Básica	Não foi mencionado	12 vagas: farmacêutico (2), cirurgião dentista (2), enfermeiro (2), nutricionista (2) e sanitarista (4)	

Objetivo geral do Programa de Residência	Áreas de concentração	Perfil do egresso	Profissões envolvidas/Vagas	Carga horária
Residência Médica Desenvolver competências profissionais que reúnem conhecimentos, habilidades e atitudes para atuação em equipe multiprofissional, com base nos princípios do SUS e considerando a concepção biopsicossocial do processo saúde doença. Desenvolver o pensamento crítico para atuação médica fundamentada nos princípios éticos, científicos e sociais.	Anestesiologia Cirurgia geral Clínica médica Dermatologia Ginecologia e obstetrícia Infectologia Medicina de família e comunidade Oftalmologia Patologia Pediatria Psiquiatria Radiologia e diagnóstico por imagem Radioterapia	Algumas especialidades exigem que uma outra especialidade já tenha sido concluída. Tanto especialidades clínicas quanto cirúrgicas podem exigir pré-requisitos para ingresso	médico (53 vagas)	60 horas semanais, com duração mínima de 2 a 4 anos, a depender da área de concentração.

Apêndice P – Características dos Programas de Residência do H02

Objetivo geral do Programa de Residência	Áreas de concentração	Perfil do egresso	Profissões envolvidas/Vagas	Carga horária
Residência Multiprofissional: Tem como finalidade a formação profissional como orientação para o processo de cuidar, focado na concepção de promoção de saúde, prevenção de doenças ou agravos, recuperação e reabilitação da saúde segundo as necessidades dos seres humanos, tendo em vista os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o direito à saúde e cidadania.	Saúde da mulher e da criança	Não foi mencionado	12 vagas: enfermeiro (03), farmacêutico (04), fisioterapeuta (01), nutricionista (02), psicólogo (01) e assistente social (01).	A carga horária semanal estabelecida é de 60 horas durante 48 semanas anuais, incluindo finais de semana e feriados. Duração de 24 meses, desenvolvido em 5.760 horas.
	Terapia Intensiva		8 vagas: enfermeiro (02), fisioterapeuta (03), farmacêutico (03).	
	Transplante		13 vagas: enfermeiro (02), farmacêutico (03), fisioterapeuta (01), nutricionista (02), psicólogo (02) e assistente social (03).	
	Diabetes		10 vagas: enfermeiro (04), fisioterapeuta (02) e nutricionista (04)	
	Saúde Mental		5 vagas: enfermeiro (01), nutricionista (01), psicólogo (01), assistente social (01) e terapeuta ocupacional (01)	
	Onco-hematologia		5 vagas: enfermeiro (02), farmacêutico (01), nutricionista (01) e psicólogo (01)	
Residência Médica: Tem por objetivo capacitar médico para o exercício profissional em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e pela Comissão Nacional de Residência Médica conforme a resolução CFM Nº 2.005/2012	Cancerologia Clínica Cancerologia Cirúrgica Cancerologia Pediátrica Cardiologia Cirurgia de Cabeça e Pescoço Cirurgia do Aparelho Digestivo Cirurgia Pediátrica Cirurgia Plástica Cirurgia Torácica Cirurgia Vascular Coloproctologia Endocrinologia Endoscopia Gastroenterologia Geriatria Hematologia e Hemoterapia Mastologia Nefrologia Pneumologia Reumatologia	Não foi mencionado	102 vagas (médico)	60 horas semanais, com duração mínima de 2 a 4 anos, a depender da área de concentração.

Apêndice Q – Vídeo de divulgação do treinamento

https://drive.google.com/file/d/1ytWRD_VnfVQVqZaQU8bURuCMbgqrSRj4/view?usp=share_link

Apêndice R – Treinamento avaliadores

https://drive.google.com/file/d/1TdUncdospYE7Q_p92al4vqaEBXN947ND/view?usp=share_link

Apêndice S – Certificado do treinamento



CERTIFICADO

TREINAMENTO

Habilidades Socioafetivas no trabalho colaborativo multiprofissional em saúde

Certificamos que **XXXXXX** participou do treinamento de Habilidades Socioafetivas no trabalho colaborativo multiprofissional em saúde, evento online (plataforma Zoom), ocorrido no dia X, com duração de 1 hora e 30 minutos. O treinamento foi promovido e ministrado pela doutoranda Fernanda Drummond, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Trabalho e das Organizações (PSTO) da Universidade de Brasília (UnB).

Fernanda Drummond R. Gaspar
(Estudante de Doutorado PSTO -UnB)

Gardênia Abbad
(Orientadora de Doutorado- PSTO-UnB)

EBSERH HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS · IMPACTO · CAPES · CNPq