



# Avaliação Prática de Habilidades Clínicas em Medicina

---

Dr. Luiz E. A. Troncon  
Clínica Médica  
CRM-SP 20.735

## Organizadores

Iolanda de Fátima Lopes Calvo Tibério

Renata Mahfuz Daud-Gallotti

Luiz Ernesto de Almeida Troncon

Mílton de Arruda Martins

 Atheneu

EDITORA ATHENEU

São Paulo — Rua Jesuíno Pascoal, 30  
Tel.: (11) 2858-8750  
Fax: (11) 2858-8766  
E-mail: [atheneu@atheneu.com.br](mailto:atheneu@atheneu.com.br)

Rio de Janeiro — Rua Bambina, 74  
Tel.: (21)3094-1295  
Fax: (21)3094-1284  
E-mail: [atheneu@atheneu.com.br](mailto:atheneu@atheneu.com.br)

Belo Horizonte — Rua Domingos Vieira, 319 — conj. 1.104

CAPA: produzida pela Equipe Atheneu

PRODUÇÃO EDITORIAL: Equipe Atheneu

PROJETO GRÁFICO/DIAGRAMAÇÃO: Triall Composição Editorial Ltda.

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Avaliação prática de habilidades clínicas em medicina / editor Iolanda de Fátima Calvo Tibério...[et al].  
-- São Paulo : Editora Atheneu, 2012.

Outros editores: Renata Mahfuz Daud-Gallotti, Luiz Ernesto de Almeida Troncon, Milton de Arruda Martins

Bibliografia.  
ISBN 978-85-388-0321-8

1. Clínica médica 2. Habilidades clínicas 3. Medicina - Estudantes I. Tibério, Iolanda de Fátima Calvo. II. Daud-Gallotti, Renata Mahfuz. III. Troncon, Luiz Ernesto de Almeida. IV. Martins, Milton de Arruda.

12-11399

CDD-610  
NLM-WB 100

**Índices para catálogo sistemático:**

1. Habilidades clínicas em medicina 610

TIBÉRIO, I. F. L. C.; DAUD-GALLOTTI, R. M.; TRONCON, L. E. A.; MARTINS, M. A.  
*Avaliação Prática de Habilidades Clínicas em Medicina*

© EDITORA ATHENEU

São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, 2012

Iolanda de Fátima

Professora Livre-Docente  
Comissão de Interação  
Coordenadora do Curso

Renata Mahfuz

Médica Coordenadora  
de Medicina da Universidade Nova

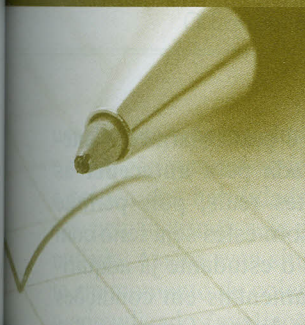
Luiz Ernesto de Almeida

Professor Titular de Clínica  
Preto da Universidade

Milton de Arruda

Professor Titular de Clínica  
Universidade de São Paulo  
Hospital das Clínicas





## capítulo

# 7

Luiz Ernesto de Almeida Troncon

# O Emprego de Pacientes Simulados e Padronizados na Avaliação Prática de Habilidades Clínicas

## INTRODUÇÃO

O emprego de simulações como estratégia de ensino, treinamento e avaliação nas profissões da Saúde vem sendo crescentemente reconhecido como um recurso interessante, em função das suas inúmeras vantagens<sup>1,2</sup>. No que se refere às simulações para o ensino, predomina o enfoque nas técnicas que envolvem a utilização de manequins e artefatos de complexidade variável, especialmente no que se refere a procedimentos e às habilidades necessárias ao manejo de pacientes em situações de emergência<sup>1</sup>. Porém, este conjunto de recursos inclui, também, as simulações clínicas com pessoas, dentre as quais se tem o emprego de pacientes simulados ou padronizados, utilizados, sobretudo, para as habilidades de interação e comunicação e, em especial, para a avaliação de habilidades clínicas<sup>2</sup>. Este recurso específico foi idealizado e desenvolvido em centros do Hemisfério Norte, mas tem se difundido por todo o mundo e vem sendo empregado com ímpeto crescente também no Brasil.

Pacientes simulados ou padronizados são pessoas normais, ou mesmo pacientes reais, adequadamente preparados para protagonizar

um caso clínico em situações de ensino, treinamento e de avaliação no âmbito da educação dos profissionais da saúde<sup>2,3</sup>. No dizer do Professor Howard Barrows, um dos precursores do emprego desta técnica,

*“o paciente simulado ou padronizado é uma pessoa cuidadosamente preparada ou treinada para simular um paciente, de modo tão acurado que a simulação não possa ser detectada, mesmo por um médico experiente. Ao desempenhar a simulação, o paciente padronizado apresenta a **gestalt** do paciente que está sendo simulado; não apenas a história clínica, mas também a linguagem corporal, os achados de exame clínico, assim como as suas características emocionais e de personalidade”<sup>3,4</sup>.*

## ASPECTOS GERAIS

Uma maneira fácil de entender a utilização de pacientes simulados no ensino e na avaliação de habilidades clínicas consiste em ver este recurso metodológico como uma alternativa para contornar os problemas educacionais (Tabela 7.1) e os inconvenientes (Tabela 7.2) da utilização de pacientes reais<sup>2</sup>. Deve ser, porém, afirmado, com toda



**Tabela 7.1** Alguns problemas educacionais associados à utilização de pacientes reais para o aprendizado de habilidades clínicas<sup>2</sup>.

Problemas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprendizado ativo pouco explorado;</li> <li>• Envolvimento individual assimétrico;</li> <li>• Elenco limitado de situações;</li> <li>• Heterogeneidade de oportunidades;</li> <li>• Supervisão à distância (sem observação);</li> <li>• Carência de <i>feedback</i>;</li> <li>• Inconvenientes para os pacientes;</li> <li>• Inibição ou constrangimento para os participantes.</li> </ul>

a ênfase possível, que a simulação com pessoas normais, ou mesmo com pacientes reais recrutados e preparados para atuar no ensino e na avaliação, **não substitui** a imprescindível prática com pacientes reais, no ambiente de atenção à sua saúde, que sempre terá um papel central na educação dos profissionais da área da saúde. Ao contrário, a utilização de pacientes simulados complementa o trabalho com pacientes reais, com vantagens para todos os envolvidos: estudantes, professores, instrutores, facilitadores e, em especial, os próprios pacientes. Em particular, a utilização de pacientes simulados ou padronizados no ensino ou no treinamento

de habilidades clínicas é particularmente interessante quando planejada para **anteceder** as atividades com pacientes reais, pois permite que o trabalho ulterior com estes seja feito com maior segurança, tendo o estudante já adquirido as habilidades fundamentais em condições de simulação. Por outro lado, o emprego dos pacientes simulados ou padronizados na avaliação das habilidades, pode também **suced**er o aprendizado e a prática com pacientes reais, visto que permite obter as melhores condições para avaliação, sem importar em ônus ou inconvenientes para os pacientes reais.

O emprego de pessoas normais desempenhando o papel de pacientes para fins educacionais constitui recurso desenvolvido há mais de quatro décadas<sup>4</sup>, que se firmou como uma possibilidade concreta de prover ensino e treinamento no campo das habilidades clínicas em função, fundamentalmente, do seu potencial de preencher condições educacionais mais próximas às ideais<sup>5</sup>. Destaque-se que a utilização de simulações, em geral, vem sendo considerada como um poderoso fator de melhora do desempenho profissional, sem a contrapartida de oferecer risco ou desconforto aos pacientes, em função, sobretudo, da possibilidade que oferece de se aprender com os erros, recebendo instruções para as correções apropriadas<sup>2,5</sup>.

Neste sentido, é interessante frisar que, nas condições em que os pacientes simulados são

**Tabela 7.2** Alguns inconvenientes e desvantagens da utilização de pacientes reais para fins educacionais, incluindo a avaliação de habilidades clínicas.

Aspectos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Condição clínica pode eventualmente prejudicar ou limitar participação;</li> <li>• Participação pode causar desconforto ao paciente;</li> <li>• Aceitação pela comunidade crescentemente reduzida, em função de questionamentos de ordem ética;</li> <li>• Aceitação pelos próprios pacientes crescentemente reduzida, em função de questionamentos ligados aos "direitos do consumidor" (<i>consumerism</i>)<sup>19</sup>;</li> <li>• Comunicação estudante – paciente eventualmente difícil, por limitações do paciente;</li> <li>• Ocasional desproporção entre o grau de dificuldade de detecção de sinais ao exame clínico e o nível de domínio da habilidade requerida para o estágio de formação do estudante;</li> <li>• Participação pode ocasionar constrangimentos ao estudante eventualmente despreparado;</li> <li>• Dificuldade de acesso, uma vez que nem sempre é possível trabalhar com o paciente, ou o paciente com as características necessárias para a atividade não está disponível;</li> <li>• Baixa tolerância do paciente para avaliações somativas em que grande número de estudantes devem ser avaliados nas mesmas condições;</li> <li>• Credibilidade ocasionalmente baixa, quando o paciente participa com má vontade, ou a participação traz desconforto.</li> </ul>

usualmente empregada e avaliação tornam-se a prática das habilidades seja pelo instrutor, seja pelo paciente simulado. Assim, esta prática em momento de ensino e de avaliação do aprendizado (avaliação formativa) é uma oportunidade importante para o desenvolvimento das habilidades do desempenho (avaliação formativa)

## Nomenclatura

Os pacientes simulados desempenham-se em um conjunto de situações que envolvem as simulações de ensino, treinamento (Tabela 7.3). As simulações podem ser feitas com diversos cenários de aplicação e se adota a denominação de *role-playing*. A designação **player** é empregada para designar os estudantes, o professor desempenha o papel de observador na situação clínica: monitor, acompanhante, mentor, para fins de ensino. As simulações mais simples são aquelas com pacientes reais, com dificuldades ou simplificação de tipo de preparo para o paciente que vão atuar; neste caso, a denominação de **paciente ensaiado**. Já **paciente padronizado** são aquelas treinadas para fazer simulações para fins de ensino e avaliação (designação genérica).

**Tabela 7.3** Principais tipos de simulação envolvendo pessoas normais e na avaliação de habilidades clínicas (nomenclatura).

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente programado</li> <li>• Protagonizador (role player)</li> <li>• Paciente simulado</li> <li>• Paciente instrutor</li> <li>• Paciente virtual</li> </ul>
--



as é particularmente inte-  
nejada para **anteceder** as  
ientes reais, pois permite  
or com estes seja feito com  
do o estudante já adquiri-  
ndamentais em condições  
utro lado, o emprego dos  
ou padronizados na ava-  
es, pode também **suceder**  
ática com pacientes reais,  
ter as melhores condições  
importar em ônus ou in-  
pacientes reais.

as normais desempenhan-  
tes para fins educacionais  
envolvido há mais de quatro  
ou como uma possibilidade  
sino e treinamento no cam-  
icas em função, fundamen-  
cial de preencher condições  
ximas às ideais<sup>5</sup>. Destaque-  
simulações, em geral, vem  
mo um poderoso fator de  
o profissional, sem a con-  
risco ou desconforto aos  
sobretudo, da possibilidade  
nder com os erros, recebem  
correções apropriadas<sup>2,5</sup>.  
teressante frisar que, nas  
pacientes simulados são

s reais para fins educacio-

amentos de ordem ética;  
e questionamentos ligados

paciente;  
do exame clínico e o nível  
te;  
espreparado;  
o paciente, ou o paciente

úmero de estudantes de-  
ontade, ou a participação

usualmente empregados, os limites entre ensino e avaliação tornam-se imprecisos, uma vez que a prática das habilidades é sempre observada, seja pelo instrutor, seja pelo próprio paciente simulado. Assim, esta situação pode resultar tanto em momento de coleta de informações sobre o aprendizado (avaliação somativa), como em oportunidade ímpar de correção de impropriedades do desempenho e reforço do aprendizado (avaliação formativa).

## Nomenclatura

Os pacientes simulados ou padronizados inserem-se em um conjunto de recursos que envolvem as simulações com pessoas para fins de ensino, treinamento e avaliação educacional (Tabela 7.3). As simulações mais simples podem ser feitas com os próprios participantes dos cenários de aprendizagem, caso em que se adota a denominação, em Inglês de *role-playing*. A designação de **protagonista (role player)** é empregada nos casos em que os estudantes, o professor/facilitador ou instrutor desempenha o papel de um dos integrantes da situação clínica: médico, paciente, familiar, acompanhante, membro da equipe profissional, para fins de ensino e de treinamento. Simulações mais simples podem também ser feitas com pacientes reais, que tem suas histórias modificadas ou simplificadas e passam por algum tipo de preparo para as situações clínicas em que vão atuar; neste caso, é usual o emprego da denominação de **paciente programado ou paciente ensaiado**. Pessoas normais que são treinadas para fazerem o papel de pacientes para fins de ensino ou de avaliação recebem a designação genérica de **paciente simulado**. Já **paciente padronizado** constitui designação

**Tabela 7.3** Principais recursos de simulação clínica envolvendo pessoas, empregados no ensino e na avaliação de competências (ver texto para nomenclatura).

Recursos
• Paciente programado ou ensaiado
• Protagonizador ( <i>role player</i> )
• Paciente simulado (padronizado)
• Paciente instrutor
• Paciente virtual

mais abrangente, que se aplica tanto a pessoas normais (pacientes simulados), como a pacientes reais, devidamente preparados para protagonizar “casos clínicos”, mas em situação em que o treinamento visa que atuem de forma padronizada, sem exibir variações de resposta. No entanto, há a tendência de se chamar de **pacientes padronizados**, as pessoas que participam de avaliações, pois é neste contexto que a padronização, ou seja, o desempenhar o papel sempre da mesma maneira, é essencial para o bom cumprimento da função de avaliar todos nas mesmas condições. Em outras palavras, a padronização do desempenho do paciente simulado quando utilizado para ensino ou treinamento é desejável, para que todos os estudantes tenham a oportunidade de vivenciar as mesmas situações. Por outro lado, quando se trata de avaliação, sobretudo aquelas de natureza somativa, é essencial que haja estrita padronização, de modo que todos sejam avaliados exatamente nas mesmas condições.

No Brasil, tornou-se comum designar o paciente simulado ou padronizado como **paciente ator**, mas o correto é usar este termo somente quando se recrutam e se treinam atores ou atrizes, ou seja, pessoas que detêm as habilidades necessárias para interpretar personagens de textos literários, sejam amadores ou profissionais, para desempenhar o papel de pacientes. O uso de atores pode ser ditado por maior conveniência de recrutamento ou facilidade de treinamento, mas tecnicamente está indicado somente quando se propõe para o ensino ou avaliação certas situações clínicas que exigem dramaticidade, como, por exemplo, a tomada da história clínica em circunstâncias especiais (dificuldade de comunicação, hostilidade, depressão), habilidades de gerenciamento de conflitos, comunicação de más notícias, etc.

Adicionalmente, as simulações com pessoas incluem o emprego do **instrutor prático**, designação que se aplica a pessoa normal recrutada e treinada para voluntariamente submeter-se passivamente a exames pélvicos, retal ou ginecológico, em situações de ensino específicas. Este papel assemelha-se ao do **paciente instrutor**, que é um paciente real treinado para participar ativamente de situações de ensino, em geral de habilidades do exame clínico, e que inclui, como componen-



te formativo, a apreciação crítica das tarefas clínicas realizadas pelos estudantes.

Por fim, existe o **paciente virtual**, produzido com o emprego de técnica computadorizada avançada, que consiste na geração realística, a partir de filmes digitalizados, em ambiente de "realidade virtual", de "pacientes" com capacidade de interagir com o estudante no terminal de um computador<sup>6</sup>.

## HISTÓRICO

A origem do desenvolvimento da técnica de utilização de pacientes simulados no ensino e na avaliação das habilidades clínicas está associada ao nome do Professor Howard S. Barrows e se encontra descrita em detalhes em um artigo clássico deste autor<sup>4</sup>, bem como em extenso relato de Peggy Wallace, disponível no sítio da *American Association of Standardized Patient Educators (ASPE)*<sup>7</sup>. Trata-se de uma história fascinante, protagonizada por pessoas engenhosas e altamente comprometidas com a inovação na Educação Médica.

Resumidamente, ao trabalhar com David Seegal em Nova Iorque no Departamento de Neurologia do *Columbia - Presbyterian Medical Center*, no início da década de 1960, Barrows convenceu-se da importância de se avaliar cada médico em formação, observando-o em atividades clínicas, como a tomada da história do paciente e a realização do exame clínico. Ao se engajar nestes procedimentos de avaliação, Barrows observou que alguns pacientes podiam modificar voluntariamente os sinais que originalmente apresentavam, visando favorecer ou prejudicar candidatos na avaliação de habilidades clínicas. Mudando-se para um hospital geral de Los Angeles, ligado à *Southern California School of Medicine*, Barrows envolveu-se com o Professor Stephen Abrahamson, que introduziu a produção de filmes didáticos no formato 8 mm no ensino da Medicina. Entusiasmado com este recurso, Barrows começou a trabalhar com uma atriz profissional de nome Rose McWilliams, ligada ao Departamento de Arte da *University of Southern California*, a quem treinava para simular sinais neurológicos para a produção de filmes didáticos destinados a ilustrar como é feito o exame neurológico e quais sinais podem ser obtidos em determinadas

situações clínicas. Tendo que avaliar as habilidades clínicas de um conjunto de internos que estagiavam em seu serviço, Barrows lembrou-se de suas experiências com Seegal em Nova Iorque e logo se convenceu que podia também treinar Rose para não só desempenhar, com bastante realismo, o papel de paciente, aprendendo a relatar sintomas e a simular sinais ou quadros neurológicos, como também para registrar de modo sistematizado o comportamento dos internos que estavam sendo avaliados. Estas observações o estimularam a investir, de modo sistemático e intensivo no treinamento de pessoas normais para simular "casos clínicos", para fins de ensino ou de avaliação.

Esta atividade foi favorecida pela mudança de Barrows para Hamilton, Ontario, Canadá, onde compôs o grupo fundador da *McMaster University*, a primeira escola no mundo que adotou o método da "Aprendizagem Baseada em Problemas" (ABP), como modelo curricular. Neste modelo inovador, pode ele aplicar intensivamente o recurso metodológico do paciente simulado para expor estudantes a condições clínicas relevantes, mas que não são encontradas com frequência na prática clínica, bem como para o treinamento das habilidades clínicas, antes da sua aplicação em pacientes reais. Foi nesta instituição que, anos mais tarde, o Professor Geoff Norman propôs a substituição do termo "paciente simulado" por "paciente padronizado", de modo a ressaltar a propriedade ímpar do método, de permitir a exposição dos estudantes às mesmas situações clínicas, nas mesmas condições (padronização), seja para fins de ensino, seja para fins de avaliação.

Deve ser também registrado que, na mesma época (décadas de 1960 e 70), educadores médicos britânicos já utilizavam, sobretudo em exames, pacientes reais "preparados" ou "ensaiados", empregando conceitos e métodos semelhantes aos que formam, hoje, a base da utilização dos pacientes padronizados<sup>8</sup>. Muitas destas iniciativas foram ligadas ao desenvolvimento na Escócia do método de avaliação conhecido como "exame clínico objetivo estruturado por estações", denominado originalmente como *O.S.C.E. (Objective Structured Clinical Examination)*<sup>9</sup>.

Anos mais tarde, no início dos anos 1980, Barrows mudou-se para a *Southern Illinois*

*School of Medicine* para ensinar pacientes padronizados. Começou a utilizá-los em um curso intensivo em exame denominado *Objective Structured Clinical Examination (OSCE)*, um exame estruturado por estações, em que o estudante deve aplicar em sequência as habilidades clínicas (interação com o paciente, história clínica, orientação do paciente, etc.) para resolver o problema clínico do paciente padronizado.

Contribuíram também para a história do ensino de pacientes padronizados a Professora Paula Barrows, de Pediatría da *University of New South Wales*, obstetra e ginecologista da Universidade de Sydney, no início da década de 1970, com "mães simuladas" para ensinar habilidades de entrevista e de anamnese daquela universidade. Ela já havia sido convidada a dar uma conferência em miologia na sua instituição em 1968, a trabalhar em várias instituições, como: a) desenvolvimento de listas de verificação (*checklists*) para as manobras do exame físico; b) para ensinar estudantes a realizar o exame clínico utilizando o método de avaliação, e, sobretudo; c) recursos físicos estáveis, em que o estudante pode, com disponibilidade, a qualquer momento, a se auto-examinar sua própria técnica de avaliação e, deste modo, testes que os examinadores não poderiam levar ao desenvolvimento de testes físicos e, mais de mais de 70 anos, com sinais físicos e físicos, poderiam toda a gama de sintomas serem detectadas ao serem examinadas, constituía o objetivo do exame clínico. A seguir, utilizamos o método de treinamento de "mães simuladas" para ensinar a treinar e



do que avaliar as habili-  
conjunto de internos que  
rviço, Barrows lembrou-  
as com Seegal em Nova  
enceu que podia também  
o só desempenhar, com  
papel de paciente, apren-  
as e a simular sinais ou  
como também para re-  
matizado o comportamen-  
stavam sendo avaliados.  
estimularam a investir, de  
ensivo no treinamento de  
simular “casos clínicos”,  
de avaliação.

favorecida pela mudança  
nilton, Ontario, Canadá,  
fundador da *McMaster*  
a escola no mundo que  
Aprendizagem Baseada  
), como modelo curricu-  
vador, pode ele aplicar  
so metodológico do pa-  
expor estudantes a con-  
ntes, mas que não são  
ência na prática clínica,  
amento das habilidades  
plicação em pacientes re-  
o que, anos mais tarde, o  
an propôs a substituição  
mulado” por “paciente pa-  
ressaltar a propriedade  
permitir a exposição dos  
situações clínicas, nas  
adronização), seja para  
a fins de avaliação.

registrado que, na mes-  
1960 e 70), educadores  
utilizavam, sobretudo  
reais “preparados” ou  
do conceitos e métodos  
ormam, hoje, a base da  
s padronizados<sup>8</sup>. Muitas  
n ligadas ao desenvol-  
o método de avaliação  
ne clínico objetivo es-  
), denominado original-  
(*Objective Structured*

o início dos anos 1980,  
ra a *Southern Illinois*

*School of Medicine*, onde continuou a empre-  
gar pacientes padronizados no ensino e come-  
çou a utilizá-los de modo mais sistemático e  
intensivo em exame de habilidades clínicas  
denominado inicialmente de *Clinical Practi-  
ce Examination (CPX)*. Tratava-se de exame  
estruturado por estações, como o *O.S.C.E.*,  
mas que diferia desta modalidade pelo fato de  
que, em cada estação, o avaliando tinha que  
aplicar em sequência todas as suas habilidades  
clínicas (interação com o paciente, tomada da  
história clínica, realização do exame clínico,  
orientação do paciente, etc.) de modo a resolver  
o problema clínico apresentado por um pa-  
ciente padronizado.

Contribuíram também de modo importante  
para a história do desenvolvimento do método  
dos pacientes padronizados, as experiências da  
Professora Paula Stillman, do Departamento  
de Pediatria da Universidade do Arizona, e do  
obstetra e ginecologista Robert Kretzschmar,  
da Universidade de Iowa. Paula Stillman, no  
início da década de 1970, começou a treinar  
“mães simuladas” para fornecer histórias clí-  
nicas pertinentes, de modo a aperfeiçoar as ha-  
bilidades de entrevista médica dos estudantes  
daquela universidade norte-americana. Tendo  
sido convidada a coordenar o ensino de Se-  
miologia na sua instituição. Stillman começou  
a trabalhar em várias iniciativas inovadoras,  
como: a) desenvolver e difundir listas de veri-  
ficação (*checklists*) para a descrição das várias  
manobras do exame clínico de órgãos, siste-  
mas e aparelhos; b) treinar pessoas normais  
para ensinar estudantes praticando o exame  
clínico utilizando estas listas de verificação  
e, sobretudo; c) recrutar pacientes com sinais  
físicos estáveis, em boas condições clínicas e  
com disponibilidade de tempo, para aprender  
a se auto-examinar seguindo as listas de veri-  
ficação e, deste modo, poder ensinar os estuda-  
ntes que os examinarão. Esta última iniciativa  
levou ao desenvolvimento de um “banco” de  
mais de mais de 70 pacientes reais treinados,  
com sinais físicos que, no seu conjunto, co-  
briam toda a gama de alterações passíveis de  
serem detectadas ao exame, cujo aprendizado  
constituía o objetivo do curso que Stillman di-  
rigia. A seguir, utilizando sua experiência de  
treinamento de “mães simuladas”, Stillman  
começou a treinar estes pacientes para sim-

plificar ou modificar suas respectivas histórias  
clínicas reais de modo a compor um conjunto  
de “história mais exame clínico” adequado ao  
treinamento da realização de consultas com-  
pletas por residentes.

O Dr. Kretzschmar, em 1968, já tendo co-  
nhecimento do trabalho de Barrows com os  
pacientes simulados, desenvolveu a técnica  
das denominadas “*Gynecology teaching as-  
sociates*” (*GTAs*), também conhecidas como  
“pacientes profissionais”, que eram mulheres  
treinadas para ensinar o exame pélvico nelas  
realizado pelos estudantes, corrigindo as man-  
obras e instruindo os estudantes, a partir do que  
sentiam quando eram examinadas. Ainda na  
década de 1970, Stillman convidou Barrows e  
Kretzschmar para falarem em Tucson, Arizona,  
sobre as suas experiências com pacientes simu-  
lados, nascendo naquela época o embrião de  
um núcleo de educadores médicos convencidos  
da importância do emprego de simulações com  
pessoas no ensino e na avaliação de habilidades  
clínicas.

A difusão de modelos curriculares mais cen-  
trados nas necessidades dos estudantes<sup>10</sup>, bem  
como a disseminação de exames clínicos obje-  
tivos estruturados<sup>9</sup>, que permitem a avaliação  
de grande número de examinandos nas mesmas  
condições, vieram a se constituir em importan-  
tes elementos de favorecimento da utilização  
intensiva, em todo o mundo, dos métodos de  
ensino e de avaliação empregando pacientes  
padronizados. Teve importância especial nesta  
difusão, o papel das universidades norte-ame-  
ricanas, antes citadas, e de instituições como  
a *American Association of Medical Colleges*  
(*AAMC*), a *American Medical Association*  
(*AMA*), o *American Board of Internal Medicine*  
(*ABIM*), o *National Board of Medical Exa-  
miners (NBME)* e o *Educational Commission*  
*for Foreign Medical Graduates (ECFMG)*, que  
estimularam iniciativas e incentivaram estudos  
com pacientes simulados. Do mesmo modo, foi  
essencial o papel das fundações de apoio que  
financiaram estes trabalhos, em especial o da  
*Josiah Macy Junior Foundation*<sup>7</sup>.

## DIFUSÃO

Os pacientes padronizados são atualmente  
empregados no ensino e na avaliação de ha-



bilidades clínicas, em maior ou menor grau, em praticamente todo o mundo. Já em 1990, um inquérito da AAMC enviado a todas as 142 escolas de Medicina dos Estados Unidos e do Canadá, solicitando informações sobre o uso de pacientes padronizados, mostrou que, dentre as 138 escolas que enviaram informações, 111 (80,4%) informavam fazer uso deste recurso, sendo que 39 (35,1%) destas escolas empregavam pacientes padronizados em exames globais de habilidades clínicas antes de conferirem o grau de médico a seus estudantes<sup>11</sup>.

Além da utilização dos pacientes padronizados no âmbito das escolas médicas, a exigência de se passar por exame prático para obtenção da licença para o exercício profissional da Medicina na América do Norte constituiu-se em importante incentivo para o investimento na utilização, em larga escala, de pacientes padronizados<sup>12,13</sup>. Por exemplo, entre 1998 e 2004, o ECFMG (*Educational Commission for Foreign Medical Graduates*), órgão responsável pela verificação da qualificação de médicos formados fora deste país, realizou exames com pacientes padronizados para avaliar as habilidades de interação e comunicação interpessoais, a qualidade do domínio da Língua Inglesa, as habilidades de obtenção da história clínica e de realização do exame clínico para mais de 40 000 candidatos em mais de 400 000 consultas, empregando cerca de 250 situações clínicas (Boulet J, comunicação pessoal). Atualmente, este tipo de exame é aplicado a todos os médicos que desejam obter licença para o exercício profissional (também necessária para ingressar em programas de residência médica), tanto os formados nos Estados Unidos, como aqueles graduados em outros países<sup>13</sup>. Constitui a chamada a "fase 2" da avaliação de habilidades clínicas do *United States Medical Licensing Examination (USMLE Step 2 CS)*, introduzida em 2004. Esta avaliação consiste de um exame prático estruturado com no mínimo dez estações, com situações clínicas protagonizadas por pacientes padronizados. Desde 2004, vem sendo realizadas mais de 30.000 avaliações individuais a cada ano, em cinco diferentes locais de teste instalados em grandes cidades norte-americanas<sup>13</sup>.

No Brasil, a utilização deste recurso educacional ainda é incipiente, mas vem ganhando ímpeto em função de vários fatores, entre os quais podem ser mencionados a difusão do modelo curricular do ABP, o reconhecimento da importância de se bem avaliar as habilidades clínicas dos estudantes e a introdução da prova prática nos processos seletivos de escolha de candidatos para a Residência Médica. No entanto, é difícil precisar quando e onde se iniciou a utilização de pacientes simulados no país, pois são escassos os relatos publicados sobre o tema. Já no início da década de 1970, a literatura na área da Educação Médica registra as simulações com pessoas ("pacientes programados", "colegas programados", "equipes programadas") no aprendizado de habilidades e atitudes nas relações interpessoais, mas não se refere a experiências concretas de utilização prática deste recurso<sup>14</sup>.

Entre 1989 e 1995, houve o envolvimento de uma instituição brasileira, o Instituto de Pós-Graduação Médica Carlos Chagas, do Rio de Janeiro, em um projeto piloto de iniciativa internacional do ECFMG. Esta iniciativa consistiu no desenvolvimento e aplicação de um exame estruturado com dez estações envolvendo pacientes padronizados, que foram conduzidos da mesma forma em cinco diferentes países (Estados Unidos, Israel, Espanha, Ucrânia e Brasil). Esta experiência está descrita em uma publicação específica<sup>15</sup>, mas não se encontram referências das lições aprendidas deste período publicadas na literatura nacional.

Outras experiências da utilização de pacientes padronizados no ensino e na avaliação durante a década de 1990, sobretudo nas escolas médicas de Londrina, PR e Marília, SP, que adotaram o modelo curricular do ABP, foram divulgadas coloquialmente. Na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), iniciamos a utilização de pacientes padronizados em 1995, primeiramente na avaliação final da disciplina de Semiologia<sup>16</sup> e, logo após, em um programa mais abrangente de avaliação da eficácia do currículo com base nos dados de desempenho dos formandos, que incluía a realização de exames clínicos objetivos estruturados<sup>17</sup>. Desde então, os pacientes simulados e padronizados vem sendo empregados continuamente em nossa instituição sem interrupção, bem como em outras instituições do Estado<sup>18</sup>.

## EXPERIÊNCIA DA

A utilização de paci  
FMRP-USP iniciou-se  
do desenvolvimento de  
estudantes na disciplin  
em que se utilizou, tam  
um exame estruturado  
ocasião, a experiência  
que tinha sido adquiri  
uma oficina preliminar  
nacional de Educação  
*Ottawa Conference*, T  
Por não se dispor na ép  
recrutaram-se seis pes  
médicos, que haviam t  
teatro amador, e quat  
sinais bem definidos e  
nico, em boas condiçõ  
de entendimento consi  
o treinamento.

A introdução em I  
de um programa de  
competências do grad  
destinado a avaliar a e  
a partir dos dados de d  
dos, propiciou a utiliz  
pacientes padronizado  
turado de aplicação ar  
contando com pacien  
cunho institucional, qu  
tado, perdurou até o  
permitiu a aquisição c  
confiança no uso deste  
experimentou-se tamb  
nalmente, a utilizaçã  
zado como avaliador d  
recrutamento de profis  
de para estações espec  
racterística seria vanta  
sucedida na instituiçã  
dos com pacientes p  
professores que partic  
ponsável pela avaliaçã  
tar estes métodos em d  
internato da sua área de  
devidas adaptações. A  
programa de avaliação  
referido grupo de avali  
específica de pós-grad  
do oficinas de desenvol  
tem permitido a prese



## EXPERIÊNCIA DA FMRP-USP

A utilização de pacientes padronizados na FMRP-USP iniciou-se em 1995 no contexto do desenvolvimento de avaliação somativa dos estudantes na disciplina de Semiologia Geral, em que se utilizou, também de forma pioneira, um exame estruturado por estações<sup>16</sup>. Naquela ocasião, a experiência que se dispunha era a que tinha sido adquirida no ano anterior, em uma oficina preliminar a um congresso internacional de Educação Médica e Avaliação (6<sup>th</sup> *Ottawa Conference*, Toronto, Canadá, 1994). Por não se dispor na época de maior confiança, recrutaram-se seis pessoas, sendo dois jovens médicos, que haviam trabalhado em grupos de teatro amador, e quatro pacientes reais, com sinais bem definidos e estáveis ao exame clínico, em boas condições clínicas e com nível de entendimento considerado satisfatório para o treinamento.

A introdução em 1993-94, na instituição, de um programa de avaliação terminal das competências do graduando em Medicina<sup>17</sup>, destinado a avaliar a efetividade do currículo a partir dos dados de desempenho dos formandos, propiciou a utilização mais intensiva de pacientes padronizados em um exame estruturado de aplicação anual, com dez estações contando com pacientes. Este programa de cunho institucional, que, uma vez implementado, perdurou até o início dos anos 2000, permitiu a aquisição de maior experiência e confiança no uso deste recurso. Neste período, experimentou-se também, ainda que ocasionalmente, a utilização do paciente padronizado como avaliador da estação, bem como o recrutamento de profissionais da área da Saúde para estações específicas em que esta característica seria vantajosa. A introdução bem sucedida na instituição de exames estruturados com pacientes padronizados estimulou professores que participavam do grupo responsável pela avaliação terminal a experimentar estes métodos em disciplinas e estágios do internato da sua área de atuação, fazendo-se as devidas adaptações. Após o encerramento do programa de avaliação terminal, membros do referido grupo de avaliação criaram disciplina específica de pós-graduação e vem conduzindo oficinas de desenvolvimento docente, que tem permitido a preservação e a transmissão

da experiência adquirida. No entanto, após interrupção de mais de cinco anos, o programa de avaliação terminal foi retomado em 2008, com a realização de provas práticas anuais empregando exame estruturado por estações com pacientes padronizados.

Ao longo deste período, consolidou-se a convicção sobre as vantagens de se recrutar, para protagonizar casos clínicos comuns, pessoas integrantes da própria comunidade, como técnicos de laboratório, funcionários, pós-graduandos, entre outros. Recrutam-se, também, com muita frequência, pessoas com ligações indiretas com a instituição, como, por exemplo, familiares ou amigos de professores, funcionários ou estudantes. Esta ligação com a instituição é considerada interessante, pois se associa a maior compreensão, por parte do paciente padronizado, da relevância da atividade educacional que participarão. Há sempre a preocupação de não utilizar pessoas que tenham atividades ou contato frequente com os examinandos. Em alguns exames, tentou-se recrutar estudantes de Arte Dramática, mas esta experiência não foi bem sucedida por duas razões: estas pessoas em formação para serem atores e atrizes tinham tendência a realizar atuações com dramaticidade excessiva ou a se desinteressar dos papéis de pacientes em situações clínicas comuns que não demandavam maior dramaticidade.

Ao início da introdução de pacientes padronizados nos exames estruturados, julgou-se pertinente submeter projeto específico à apreciação da então Comissão de Normas Éticas e Regulamentares da instituição, obtendo-se em 1995 a sua aprovação. Em 2008, quando se decidiu utilizar mais intensivamente a gravação em vídeo de algumas atuações, uma versão atualizada daquele projeto foi novamente submetida à Comissão de Ética da instituição, tendo-se obtido novamente a sua aprovação, agora condicionada à prática de obtenção, em qualquer situação, de consentimento por meio da assinatura de termo específico, após a devida informação por escrito.

Embora haja a intenção de se criar um ramo de simulações com pessoas no laboratório de habilidades da instituição, não existe ainda na FMRP-USP um programa centralizado de recrutamento, seleção, treinamento e acompanhamento da utilização de pacientes padronizados.



As atividades relacionadas ao emprego deste recurso são desenvolvidas por iniciativa de uns poucos professores e seus auxiliares. De modo geral, o recrutamento de pessoas para serem selecionadas e eventualmente treinadas como pacientes padronizados é realizado por divulgação oral restrita, não se fazendo habitualmente anúncio público. Não se pratica remuneração formal, mas, na maioria das vezes, a pessoa é recompensada com pequena quantia, que é calculada na base de reembolso de despesas (por exemplo, locomoção com táxi e lanche). Utilizam-se para isto recursos obtidos junto à fundação local de apoio ao ensino, pesquisa e assistência.

A partir de 2004, com a introdução da prova prática no processo seletivo de médicos residentes, na qual se examinam mais de 500 candidatos em conjunto de cinco a dez estações, que são reproduzidas em até 20 circuitos idênticos, iniciou-se experiência de treinamento simultâneo intensivo de grupos grandes (15 a 20 pessoas) de funcionários do Hospital das Clínicas da FMRP-USP para desempenhar o mesmo papel em reproduções de uma mesma estação deste exame. Por razões de segurança, ou seja, evitar disseminação indevida antecipada do conteúdo e das tarefas das estações, as pessoas recrutadas e selecionadas previamente, são instruídas a comparecer ao local do exame cerca de duas horas antes do horário previsto para o início, quando então são isoladas até o final do exame. Nestas duas horas, se faz então o treinamento intensivo para os papéis a serem desempenhados. Ainda que estes papéis sejam relativamente simples, o desempenho dos pacientes padronizados tem sido considerado satisfatório e esta experiência de treinamento simultâneo e intensivo, em curto período de tempo, tem sido considerada positiva.

#### VANTAGENS E DESVANTAGENS DA UTILIZAÇÃO EDUCACIONAL DOS PACIENTES PADRONIZADOS

O emprego de pacientes simulados apresenta vantagens e desvantagens, que devem ser consideradas com atenção. Quando se utiliza este recurso no ensino ou no treinamento de habilidades clínicas, é possível oferecer condições de aprendizado mais ativo, com maior envolvi-

mento individual dos estudantes, elenco mais amplo de situações clínicas a ser trabalhada e maior homogeneidade nas oportunidades de aprendizado a que os alunos podem ser expostos. Criam-se, ainda, melhores condições de observação e de oferecimento de comentários construtivos, menor constrangimento para os participantes e, sobretudo, menor desgaste para os pacientes reais. Outras vantagens genéricas são: permitir as devidas repetições da tarefa clínica, a de possibilitar a prática das tarefas no nível desejado de complexidade, dentro de espectro praticamente ilimitado de situações clínicas. Estas e outras vantagens são apresentadas no Tabela 7.4.

Há, porém, desvantagens apreciáveis na utilização de pacientes padronizados, que são apresentadas no Tabela 7.5. O recrutamento, a seleção e o treinamento de pacientes simulados constituem processos muito trabalhosos e demorados, mesmo com a utilização em pequena escala deste tipo de recurso. Quando se planeja a utilização em grande escala, como ocorre em escolas em que o currículo prevê a participação sistemática de pacientes simulados nas atividades educacionais ou em centros de avaliação de habilidades e competências clínicas, além do dispêndio de esforços e do tempo, há que se considerar o alto custo financeiro associado. Este custo envolve não só a remuneração dos pacientes simulados voluntários, ou no ressarcimento das suas despesas, como também na de pessoas treinadas para administrar um programa específico de recrutamento, seleção e treinamento dos pacientes simulados.

Dependendo das circunstâncias, a utilização de pacientes simulados pode carregar-se de certa artificialidade, o que pode comprometer a acurácia e a credibilidade do desempenho do papel. Isto ocorre, naturalmente e com maior frequência, nos exames estruturados, o que exige que, no desempenho das tarefas clínicas solicitadas, o examinando exercite uma atitude conhecida como “suspensão do descrédito”<sup>19</sup>. As desvantagens ligadas à artificialidade e reduzidas acurácia e credibilidade no desempenho do papel acentuam-se, obviamente, quando o treinamento do paciente simulado apresenta deficiências.

Tabela 7.4 Principais

Aspectos
Disponibilidade
Consistência
Padronização
Multiplicação
Controle do nível de complexidade
Tolerabilidade
Atuação como avaliador

Tabela 7.5 Principais

Aspectos
Aceitabilidade
Credibilidade
Adequação para o clínico
Custo financeiro
Custo operacional

Uma importante vantagem dos pacientes simulados é a possibilidade de realização para ensino de situações relacionadas ao exame de pessoas normais, treinadas para simular alterações físicas, sobretudo o risco de artificialidade ao exame neurológico. Uma possível simulação de alterações é bastante possível simular a maioria das situações que os estudantes de



**Tabela 7.4** Principais vantagens da utilização de pacientes simulados em atividades educacionais<sup>2</sup>.

Aspectos	Vantagens (Comentários)
Disponibilidade	Pessoas confiáveis, recrutadas para atuar como pacientes simulados, estão sempre disponíveis; várias pessoas podem ser treinadas para desempenhar o mesmo papel;
Consistência	Pacientes simulados bem treinados desempenham com realismo, acurácia e de forma reproduzível seus papéis;
Padronização	O paciente simulado bem treinado desempenha o mesmo papel sempre da mesma maneira;
Multiplicação	Várias pessoas podem ser treinadas para desempenhar o mesmo papel;
Controle do nível de complexidade	Uma dada situação clínica pode ser apresentada em diferentes níveis de complexidade, para a se adequar ao estágio de aprendizado do estudante;
Tolerabilidade	Pacientes simulados toleram a repetição de tarefas, por um ou vários estudantes ou a participação em sessões prolongadas;
Atuação como avaliador	Pacientes simulados podem ser instruídos para fazer comentários construtivos sobre a atuação do estudante (avaliação formativa) e/ou para registrar desempenho e verificar a adequação da tarefa desempenhada (avaliação somativa).

**Tabela 7.5** Principais desvantagens da utilização de pacientes simulados em atividades educacionais<sup>2</sup>.

Aspectos	Desvantagens (Comentários)
Aceitabilidade	Alguns profissionais consideram inadequado utilizar pessoas normais simulando situações clínicas;
Credibilidade	Em algumas circunstâncias, o desempenho do papel é pouco acurado ou exige a atitude de "suspensão do descrédito" (ver texto);
Adequação para exame clínico	Muitos sinais físicos são impossíveis de serem simulados; a simulação de muitos sinais pode se associar à artificialidade, comprometendo a credibilidade;
Custo financeiro	Sempre há a necessidade de remunerar o paciente simulado ou, ao menos, de ressarcir as despesas relacionadas à sua participação;
Custo operacional	Sempre elevado, pois envolve recrutamento, seleção e treinamento, o que, muitas vezes exige corpo próprio de profissionais.

Uma importante desvantagem do emprego dos pacientes simulados relaciona-se a sua utilização para ensino e avaliação de habilidades relacionadas ao exame clínico. Muito embora pessoas normais possam ser preparadas ou treinadas para simular uma variedade de sinais físicos, sobretudo os que podem ser detectados ao exame neurológico (Tabela 7.6), o elenco de alterações é bastante limitado. Além disso, o risco de artificialidade aumenta, visto que é impossível simular a maioria das anormalidades a que os estudantes devem ser expostos.

Ainda que a utilização de pacientes simulados no aprendizado de habilidades clínicas, especialmente, as que envolvem a comunicação com o paciente, tenha as vantagens antes mencionadas, é no campo da avaliação que este recurso é muito mais frequentemente utilizado<sup>1,2,8,11,18-20</sup>. A provável razão para isto é a possibilidade do emprego de pacientes simulados e padronizados oferecer condições ótimas de preenchimento dos requisitos de validade e fidedignidade que todo procedimento de avaliação deve ter<sup>21</sup>. Entende-se por validade



**Tabela 7.6** Alguns sinais físicos que podem ser simulados por pacientes padronizados<sup>2,3</sup>.

Sinais Gerais	Sinais Neurológicos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ferimentos e traumatismos</li> <li>• Taquipneia</li> <li>• Tosse</li> <li>• Sibilância</li> <li>• Obstrução de vias aéreas</li> <li>• Pneumotórax</li> <li>• Padrões respiratórios anormais: Kussmaul, Cheyne-Stokes</li> <li>• Rigidez abdominal (abdome agudo)</li> <li>• Rigidez articular</li> <li>• Sopros carotídeo</li> <li>• Sopros tireóideo</li> <li>• Taquicardia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afasia</li> <li>• Ataxia</li> <li>• Atetose</li> <li>• Coma</li> <li>• Confusão</li> <li>• Coreia</li> <li>• Disartria</li> <li>• Hemiparesia</li> <li>• Hiperreflexia</li> <li>• Incoordenação</li> <li>• Paralisia facial</li> <li>• Rigidez de nuca</li> <li>• Sinal de Brudzinski</li> <li>• Sinal de Babinski</li> <li>• Tremores</li> </ul>

o atributo de se avaliar exatamente o que se pretende, no contexto apropriado e no nível adequado de complexidade. Nos exames convencionais, o preenchimento do critério de validade é, com frequência, ameaçado pela indisponibilidade de pacientes reais com as características desejadas. Já a fidedignidade diz respeito à consistência do julgamento que é efetuado, o que, por sua vez, depende da inclusão nos exames práticos de uma amostragem variada e representativa de casos e, sobretudo, da estabilidade do desempenho dos pacientes frente aos diversos examinandos. De novo, o emprego de pacientes padronizados oferece amplas possibilidades de preenchimento deste critério, em nítida vantagem sobre a utilização de pacientes reais, já que vários estudos demonstraram que o desempenho dos pacientes padronizados bem treinados é realístico, acurado e consistente<sup>22</sup>.

### ASPECTOS PRÁTICOS DA UTILIZAÇÃO DE PACIENTES PADRONIZADOS

Nas considerações sobre recrutamento, seleção e treinamento de pessoas para atuar como pacientes padronizados, é interessante diferenciar se a utilização deste recurso será feita em pequena escala, no âmbito da escola médica, para ensino ou avaliação dos seus estudantes, ou em

escala maior, seja para emprego frequente com grande número de estudantes ou para a avaliação de centenas de candidatos, como ocorre em outros países nos exames para obtenção de licença para o exercício profissional, ou, em nosso país, nos concursos de seleção de candidatos à Residência Médica.

Para a utilização em larga escala, as instituições estrangeiras, especialmente as universidades, dispõem de programas específicos, que contam com pessoal, instalações, recursos e processos próprios. A literatura registra também descrições de experiências<sup>20</sup> e conjuntos de recomendações<sup>23</sup> pertinentes. Neste capítulo, serão feitas considerações que se aplicam mais à utilização em pequena escala, no âmbito da escola médica, que se baseiam na experiência da FMRP-USP acima descrita.

### RECRUTAMENTO E SELEÇÃO

A procura por pessoas que possam atuar como pacientes padronizados pode ser feita por contatos verbais com pessoas diretamente ou indiretamente ligadas a instituição, uma vez que isto favorece o entendimento da importância das atividades a serem desempenhadas. Entre as pessoas com vínculo direto incluem-se funcionários administrativos, técnicos de laboratório, estudantes e profissionais da saúde de outras áreas, pessoal de enfermagem, etc. Entre as pessoas com vínculo indireto, incluem-

-se ex-alunos, e amigos de pessoas da instituição, como qualquer um de uma pessoa a ser recrutado, bem como os estudantes encontrados como parceiros de ensino ou para minimizar a

O recrutamento é feito, com a devida cautela, com contatos pessoais para obter informações que são consideradas desejadas (tanto a disposição quanto o espírito comprometido, e a disponibilidade quando necessário) e, especialmente, na avaliação.

Um aspecto tão valioso é a participação pessoal, argúcia e capacidade de entender a importância da natureza do papel por outro lado, deste papel em situações de exemplo, para serem viáveis.

Uma vez iniciados os exames padronizados, podem não só voltar a participar de outras pessoas a participar.

Estas considerações de pessoas também aplicadas a condições necessárias que podem ser abastecidas médicas a qu

**Tabela 7.7** Alguns critérios para atuar como

- Idade e sexo
- Algum tipo de
- Não ter contat
- Disposição e b
- Disponibilidade
- Capacidade de
- Argúcia e vivac



padronizados<sup>2,3</sup>.

## Neurológicos

o emprego frequente com  
tudentes ou para a avalia-  
ndidatos, como ocorre em  
ames para obtenção de li-  
profissional, ou, em nos-  
s de seleção de candidatos

em larga escala, as insti-  
especialmente as univer-  
ogramas específicos, que  
, instalações, recursos e  
A literatura registra tam-  
xperiências<sup>20</sup> e conjuntos  
pertinentes. Neste capítu-  
derações que se aplicam  
pequena escala, no âmbito  
e se baseiam na experiên-  
ma descrita.

## SELEÇÃO

s que possam atuar como  
s pode ser feita por cons-  
soas diretamente ou in-  
instituição, uma vez que  
dimento da importância  
n desempenhadas. Entre  
o direto incluem-se fun-  
vos, técnicos de labora-  
ofissionais da saúde de  
le enfermagem, etc. En-  
nculo indireto, incluem-

-se ex-alunos, ex-funcionários, familiares ou amigos de pessoas com vínculo direto com a instituição, como os acima mencionados. Em qualquer um destes grupos, é desejável que a pessoa a ser recrutada não tenha contato próximo com os estudantes com quem terão que se encontrar como paciente simulado, nas atividades de ensino ou avaliação. Isto é importante para minimizar artificialidades.

O recrutamento ou convite é usualmente feito, com a devida antecedência, por meio de contatos pessoais ou telefônicos, após se obter informações que a pessoa detém as características desejadas (Tabela 7.7). Dentre estas, estão a disposição e a boa vontade de participar, com espírito construtivo e em caráter de voluntariado, e a disponibilidade para estar presente quando necessário para as sessões de treinamento e, especialmente, para atuar no ensino e na avaliação. Um requisito específico muito valioso é a pessoa ter, como característica pessoal, argúcia e vivacidade para, de um lado, entender a importância da sua participação e a natureza do papel que irá desempenhar e, por outro lado, desempenhar satisfatoriamente este papel em situações inesperadas, como, por exemplo, para responder a perguntas imprevisíveis.

Uma vez iniciada a utilização de pacientes padronizados, pessoas que já participaram podem não só voltar a atuar, como também indicar outras pessoas que possam ter interesse em participar.

Estas considerações aplicam-se ao recrutamento de pessoas normais, mas podem ser também aplicadas a de pacientes que preencham as condições necessárias para participar, caso em que podem ser abordados antes ou após consultas médicas a que compareçam, ou então por

via telefônica. Entre estes se incluem os pacientes que apresentem sinais estáveis ao exame clínico, que possam ser interessantes tanto para o ensino como para a avaliação de habilidades clínicas. No caso da utilização de pacientes é obviamente indispensável para o recrutamento e a seleção que o paciente esteja em boas condições clínicas.

Na entrevista inicial, após o recrutamento, explica-se a natureza da atividade e verifica-se se as pessoas efetivamente preenchem as características desejáveis, antes da leitura e eventual assinatura do termo de consentimento informado.

## TREINAMENTO

O treinamento dos pacientes simulados pode ser feito com grau variável de elaboração, mas a adesão a um conjunto de procedimentos relativamente simples<sup>2</sup>, embora fiéis a recomendações amplamente difundidas<sup>3</sup>, produz bons resultados. Estes procedimentos estão sumarizados na Tabela 7.8. O treinamento inicia-se com explicação detalhada sobre o papel a ser desempenhado dos pontos mais importantes do roteiro do caso a ser protagonizado. A seguir, é dado o tempo suficiente para que a pessoa leia o roteiro e expresse suas impressões e eventuais dúvidas sobre o papel. Este roteiro é então discutido, quando se verifica se contém semelhanças ou dessemelhanças importantes com a biografia da pessoa que fará o papel. Dependendo do juízo conjunto do treinador e do candidato, pode ser feita a inclusão, no roteiro, das modificações pertinentes, de modo a facilitar o desempenho do papel, sem prejuízo do essencial à sua adequação às finalidades pretendidas.

**Tabela 7.7** Algumas características desejáveis em pessoas que poderão ser recrutadas e selecionadas para atuar como pacientes simulados ou padronizados<sup>2</sup>.

Aspectos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade e sexo compatíveis com o papel;</li> <li>• Algum tipo de vínculo direto ou indireto com a instituição;</li> <li>• Não ter contato próximo com os estudantes e candidatos à avaliação;</li> <li>• Disposição e boa vontade;</li> <li>• Disponibilidade;</li> <li>• Capacidade de desempenhar o papel;</li> <li>• Argúcia e vivacidade.</li> </ul>



**Tabela 7.8** Algumas recomendações para o treinamento simplificado de pacientes simulados ou padronizados<sup>2</sup>.

Etapas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista inicial em que se explica a natureza da atuação e sua importância educacional;</li> <li>• Explicação detalhada sobre o papel;</li> <li>• Leitura conjunta (paciente simulado e treinador) do roteiro escrito;</li> <li>• Discussão do roteiro e inclusão das modificações pertinentes;</li> <li>• Memorização do roteiro pelo paciente simulado;</li> <li>• Avaliação pelo treinador do grau de entendimento da situação e de memorização do roteiro;</li> <li>• Primeira simulação com o treinador com correções das eventuais impropriedades;</li> <li>• Segunda simulação com o treinador com eventuais ajustes adicionais;</li> <li>• Simulação com "estudante ou profissional simulado" para ajustes finais.</li> </ul>

Este primeiro conjunto de procedimentos é cumprido na sessão inicial, que não precisa durar mais que uma hora. Após esta primeira sessão, a pessoa é dispensada, levando consigo o roteiro, que deve ser memorizado. No início da segunda sessão do treinamento, avalia-se a memorização do conteúdo do roteiro, bem como se efetua a verificação final do entendimento da situação e do papel a ser representado. Feito isto, o paciente simulado está em condições de se submeter à primeira simulação, que é feita com o treinador desempenhando o papel do estudante ou examinando. Após eventuais correções das impropriedades detectadas na primeira simulação, uma segunda simulação é feita ainda com o treinador, o que pode ser repetido mais uma ou duas vezes, se necessário, para o aprimoramento da qualidade da protagonização. Antes da atuação propriamente dita, uma última simulação deve ser feita, agora com uma terceira pessoa fazendo o papel de "estudante ou profissional simulado", sob a observação do treinador, que orientará o paciente simulado nos ajustes finais ao papel. Este conjunto de procedimentos pode ser desenvolvido em duas ou três sessões, que tomam, seguramente, menos de três horas e tem alta probabilidade de resultar em bom desempenho do paciente simulado.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização de pessoas normais representando o papel de pacientes em casos previamente elaborados, de modo a preencher requisitos desejáveis, constitui um recurso valioso para o ensino e a avaliação de habilidades clínicas.

O uso de pacientes simulados contribui para o preparo adequado dos estudantes para o trabalho mais seguro e menos desgastante com os pacientes. Pacientes reais, em boas condições clínicas e com sinais estáveis, podem também ser recrutados e treinados para participar do ensino e da avaliação de habilidades clínicas, sobretudo as do exame clínico. O emprego de paciente simulados favorece o aprendizado mais ativo, permite repetições das tarefas clínicas e facilita a correção imediata dos defeitos na sua execução, potencializando, deste modo, a avaliação formativa. Além disso, a utilização de pacientes simulados permite expor os estudantes a ampla variedade de situações clínicas, bem como possibilita conduzir avaliações tecnicamente mais adequadas, preenchendo mais apropriadamente os requisitos de validade e de fidedignidade. Longe de constituir recurso complicado e dispendioso, o recrutamento, a seleção e o treinamento de pessoas normais para atuar como pacientes podem ser feitos com custo reduzido e seguindo procedimentos relativamente simples.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Scalese RJ, Obeso VT, Issenberg SB. Simulation technology for skills training and competency assessment in medical education. *J Gen Intern Med.* 2008 ;23 (Suppl 1:46-9).
2. Troncon LEA. Utilização de pacientes simulados no ensino e na avaliação de habilidades clínicas. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2007; 40 (2): 180-91.
3. Barrows HS. Simulated (standardized) patients and other human simulations. Chapel

- Hill North sortium; 19
4. Barrows HS. Standardized patients for clinical skills training. *Acad Med.* 1993; 68 (Suppl 1:10-14).
5. Ziv A, Ben-Ner E. The impact of medical education on patient safety. *Acad Med.* 2000; 75 (10): 1000-1005.
6. Stevens A, Barrows HS, O'Sullivan R, et al. The use of virtual patients in the history taking examination. *J Surg.* 2006; 132 (1): 100-105.
7. Wallace P. The impact of simulation on medical education. *Acad Med.* 2000; 75 (10): 1006-1010.
8. Collins JP, Barrows HS. The use of simulated patients in medical education. *Acad Med.* 1993; 68 (Suppl 1:15-19).
9. Harden RM, Wilson GM. The use of simulated patients in medical education. *Br Med J.* 1987; 295 (6483): 1000-1003.
10. Harden RM, Wilson GM. The use of simulated patients in medical education: a national strategy for the SPICES. *Acad Med.* 1987; 62 (1): 284-97.
11. Stillman P, Barrows HS. Results of standardized patient examinations. *Acad Med.* 1993; 68 (Suppl 1:20-24).
12. Reznick RK. An objective method for the licentiate examination in Canada: from 1993 to 1998. *Acad Med.* 1993; 68 (Suppl 1:25-29).
13. Papadakis M. The use of simulated patients in medical education. *N Engl J Med.* 1993; 329 (1): 100-103.
14. Jouval Jr H, L. The use of simulated patients in medical education. *Medica*



- Hill North Carolina: Health Sciences Consortium; 1987.
4. Barrows HS. An overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills. *Acad Med.* 1993; 68: 443-51.
  5. Ziv A, Ben-David S, Ziv M. Simulation based medical education: an opportunity to learn from errors. *Med Teach.* 2005; 27:193-9.
  6. Stevens A, Hernandez J, Johnsen K, Dickerson R, Ray A, Harrison C et al. The use of virtual patients to teach medical students history taking and communication skills. *Am J Surg.* 2006; 191: 806-11.
  7. Wallace P. Following the threads of an innovation: The history of standardized patients in medical education. <http://www.aspeducators.org/wallace.html> (acesso em janeiro de 2010).
  8. Collins JP, Harden RM. Real patients, simulated patients and simulators in clinical examinations. *Med Teach.* 1998; 20: 508-21.
  9. Harden RM, Stevenson M, Downie WW, Wilson GM. Assessment of clinical competence using objective structured examination. *Br Med J.* 1975; 1: 447-51.
  10. Harden RM, Sowden S, Dunn WR. Educational strategies in curriculum development: the SPICES model. *Med Educ.* 1984;18: 284-97.
  11. Stillman P, Regan MB, Philbin M, Harley HL. Results of a survey on the use of standardized patients to teach and evaluate clinical skills. *Acad Med.* 1990; 65: 288-292.
  12. Reznick RK, Blackmore D, Cohen R, et al. An objective structured clinical examination for the licentiate of the Medical Council of Canada: from research to reality. *Acad Med.* 1993; 68 (Suppl. 10):S4-6.
  13. Papadakis MA. The Step 2 clinical skills examination. *N Engl J Med.* 2004; 350: 1703-5.
  14. Jouval Jr H, Lobo LCG – O uso de técnicas de simulação em educação médica. *Educacion Medica y Salud.* 1974; 8 (2): 158 -79.
  15. Ziv A, Ben-David MF, Sutnick AI, Gary NE. Lessons learned from six years of international administrations of the ECFMG's SP-based clinical skills assessment. *Acad Med.* 1998;73(1):84-91.
  16. Troncon LEA, Foss NT, Voltarelli JC, Dantas RO. Avaliação de habilidades clínicas por exame objetivo estruturado por estações, com emprego de pacientes padronizados: uma aplicação no Brasil (Parte II). *Rev Bras Educ Med.* 1996; 20: 53-60.
  17. Troncon LE, Figueiredo JF, Rodrigues MLV, Peres LC, Cianflone AR, Picinato CE, Colares MFA. Implantação de um programa de avaliação terminal do desempenho dos graduandos para estimar a eficácia do currículo na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. *Rev Assoc Med Bras.* 1999; 45: 217-24.
  18. Ward LS, Wanderley JS, Monte-Alegre S. Implantação de um Sistema de Avaliação Estruturada de Performance em Escola Médica: Resultados do Projeto-Piloto. *Rev Bras Educ Med.* 2005; 29: 174-8.
  19. Epstein RM. Assessment in Medical Education. *N Engl J Med.* 2007; 356: 387-96.
  20. Adamo G. Simulated and standardized patients in OSCEs: achievements and challenges 1992-2003. *Med Teach.* 2003; 25: 262-70.
  21. Wass V, Van der Vleuten C, Shatzer J, Jones R. Assessment of clinical competence. *Lancet.* 2001, 357: 945-9.
  22. Colliver JA, Williams RG. Technical Issues: Test Application. *Acad Med.* 1993; 68: 454-60.
  23. Ker JS, Dowie A, Dowell J, Dewar G, Dent JA, Ramsay J, Benvie S, Bracher L, Jackson C. Twelve tips for developing and maintaining a simulated patient bank. *Med Teach.* 2005; 27: 4-9.

## BIBLIOGRÁFICAS

esso VT, Issenberg SB. Simulation for skills training and competency in medical education. *J Am Coll Surg.* 2008 ;23 (Suppl 1:46-9).

Utilização de pacientes simulados e na avaliação de habilidades. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2009; 33(1):80-91.

Simulated (standardized) patient human simulations. Chapel