**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

CATARINA TERUMI ABE MENDONÇA

**VIVÊNCIA DO ENFERMEIRO EM SIMULAÇÃO DE
ALTA FIDELIDADE NO CONTEXTO DA SAÚDE**

**SÃO PAULO
2016**

CATARINA TERUMI ABE MENDONÇA

**VIVÊNCIA DO ENFERMEIRO EM SIMULAÇÃO DE ALTA
FIDELIDADE NO CONTEXTO DA SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Maria de Fátima Prado Fernandes

SÃO PAULO

2016

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Mendonça, Catarina Terumi Abe

Vivência do enfermeiro em simulação de alta fidelidade no contexto da saúde / Catarina Terumi Abe Mendonça. São Paulo, 2016.

120 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Prado Fernandes

Área de concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde

1. Simulação. 2. Educação em saúde. 3. Enfermagem. 4. Enfermeiras. 5. Enfermeiros. I. Título.

Nome: Catarina Terumi Abe Mendonça

Título: Vivência do enfermeiro em simulação de alta fidelidade no contexto da saúde.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, a quem dedico todas as minhas conquistas.

Ao meu esposo Marcos, pelo apoio em todos os momentos, compreendendo e respeitando minha dedicação para a elaboração deste trabalho. Obrigada por cuidar tão bem de nossa filha, principalmente nos momentos de minha ausência.

À minha filha Maysa, pela oportunidade de ser mãe, de experimentar alegrias, dúvidas, conflitos e pelo aprendizado da maternidade. Verdadeira inspiração dos meus dias.

À minha sogra Neusa, pelo apoio, carinho e inestimável auxílio para cuidar de minha família.

Aos profissionais de enfermagem com quem aprendo, convivo, compartilho e que contribuem dia a dia para o meu crescimento profissional e pessoal.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por cada passo em todos os momentos da minha vida.

À Profa. Dra. Maria de Fátima Prado Fernandes, orientadora desta pesquisa, por ter acreditado no meu potencial e me acolhido tão bem. Com seu jeito de se relacionar tão especial e carinhoso, contribuiu para o meu desenvolvimento e fez de cada encontro um aprendizado. Sobretudo, pela amorosidade, paciência e respeito na condução do meu estudo, seus pontos fortes, e por me ajudar a construir algo melhor!

Às Professoras Doutoras Ariadne da Silva Fonseca, Amparito Del Rocio Vintimilla Castro e Heloisa Helena Ciqueto Peres, pelas contribuições e oportunas sugestões durante o Exame de Qualificação.

À Profa. Dra Luiza Akiko Komura Hoga, pelo seu apoio e incentivo em minha formação profissional.

À amiga Gisele, pela compreensão e colaboração nas minhas ausências. Você faz parte desta conquista.

À amiga Luciana, pelo apoio, incentivo e, principalmente, por acreditar no meu trabalho. Seu apoio foi fundamental para a concretização deste estudo.

À amiga Ana Claudia, pelo apoio durante a conclusão das disciplinas e por compartilhar suas experiências pessoais e profissionais. Certamente tornou os momentos difíceis, mais leves.

À minha cunhada Marina, pela sua prontidão e apoio em todos momentos.

Aos enfermeiros que aceitaram participar e contribuíram para a realização desta pesquisa.

Ao Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, onde tenho desenvolvido o meu trabalho como enfermeira de educação permanente, pelo apoio institucional e por possibilitar a realização deste estudo.

Muito obrigada,

Mendonça CTA. Vivência do enfermeiro em simulação de alta fidelidade no contexto da saúde [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

RESUMO

Introdução: Na área da enfermagem, a simulação de alta fidelidade vem se expandindo a fim de fornecer novas ferramentas para os enfermeiros atuarem em situações de saúde em seu cotidiano de trabalho, proporcionando um conjunto de experiências que ampliam as possibilidades de olhar o assistir por diferentes dimensões do cuidado individualizado, considerando também as relações em equipe e privilegiando o saber e o fazer como processos indissociáveis. **Objetivo:** Analisar a vivência do enfermeiro na simulação de alta fidelidade no contexto da saúde. **Método:** Estudo de caráter exploratório e descritivo, desenvolvido por meio da vertente qualitativa. Foram realizadas 14 entrevistas com enfermeiros que vivenciaram simulações de alta fidelidade e aplicada a análise de conteúdo temático referida por Minayo. Da análise dos dados, surgiram 11 categorias, sendo sete relacionadas como componentes fortes e quatro como componentes vulneráveis da simulação. **Resultados:** Componentes fortes - aspectos da simulação que propiciam a crítica reflexiva e analítica, abrangendo a esfera comportamental e social e a importância do facilitador na condução do *debriefing* para o aprimoramento do saber na estratégia da simulação. Componentes vulneráveis - presença de posturas e sentimentos não esperados na simulação e necessidade de os participantes já terem conhecimentos teóricos para obter um melhor desempenho durante a simulação. **Considerações finais:** A simulação abre espaço para criar e recriar, tendo como base ferramentas que aproximam cada vez mais o participante de seu real propósito de aprender, podendo ir além da realidade, no sentido de transcender aquilo que já conhece, viabilizando o alcance de novos conhecimentos e indo além da dimensão técnica. Essa realidade se estende ao educador, contribuindo para fortalecer a estratégia da simulação como recurso de aprendizagem no contexto da assistência de enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Simulação. Educação em Enfermagem. Enfermeiras e Enfermeiros.

Mendonça CTA. Nursing experience in high-fidelity simulation in health context [dissertation]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

ABSTRACT

Introduction: In the area of nursing, high-fidelity simulation has been expanding in order to provide new tools for nurses to work in health situations in their daily work, providing a set of experiences that broaden the possibilities of looking at different dimensions of individualized care, also considering team relationships and privileging knowledge and practice as inseparable processes. **Objective:** To analyze the experience of nurses in high-fidelity simulation in health context. **Method:** Descriptive and exploratory study, developed through the qualitative aspect. There were realized 14 interviews with nurses who experienced high fidelity simulations and applied the thematic content analysis reported by Minayo. From the analysis of the data, 11 categories emerged, being seven related as strong components and four as vulnerable components of simulation. **Results:** Strong components – aspects of simulation that provide analytical and reflexive criticism, including social and behavioral sphere and the importance of the facilitator in debriefing conduction to the improvement of the knowledge in the simulation strategy. Vulnerable components – presence of unexpected postures and feelings during simulation and the need for participants to already have theoretical knowledge to obtain better performance during the simulation. **Final considerations:** Simulation opens space to create and recreate, based on tools that increasingly bring the participant closer to real purpose of learning, being able to go beyond reality, in order to transcend what participant already knows, making possible the achievement of new knowledge and going beyond technical dimension. This reality extends to educator, contributing to strengthen simulation strategy as a learning resource in the context of nursing care.

KEYWORDS: Simulation. Nursing Education. Nurses.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	O DESPERTAR PARA A TEMÁTICA	10
1.2	SIMULAÇÃO	12
1.3	SIMULAÇÃO NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE	13
1.4	SIMULAÇÃO DE ALTA FIDELIDADE	16
1.5	SIMULAÇÃO PARA APRENDIZAGEM EM ENFERMAGEM	18
2	PRESSUPOSTOS TEÓRICOS DE MORIN	22
2.1	SIMULAÇÃO E PENSAMENTO COMPLEXO	22
3	OBJETIVO	27
4	METODOLOGIA	29
4.1	ABORDAGEM DE PESQUISA	29
4.2	PARTICIPANTES DA PESQUISA	29
4.2.1	Crerios de inclusao	29
4.2.2	Contato com os participantes do estudo	30
4.3	COLETA DE DADOS	33
4.3.1	Técnicas adotadas	33
4.3.2	Questões norteadoras	34
4.4	ANÁLISE DOS DADOS	35
4.5	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	36
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	38
5.2	CATEGORIAS	38
5.2.1	Componentes fortes da simulacao	39
5.2.1.1	Simulacao com atores e mais rica e realistica	39
5.2.1.2	Componentes essenciais da simulacao	44
5.2.1.3	Autoavaliacao mediante o uso do video	48
5.2.1.4	Aspectos metodologicos do <i>debriefing</i>	56
5.2.1.5	Metodologia ativa ancorada na teoria e na pratica	66
5.2.1.6	Experiencias e lembrancas da simulacao tornam-se memoria viva	72
5.2.1.7	Correlacao entre lideranca, trabalho em equipe e comunicacao	78
5.2.2	Componentes vulneraveis da simulacao	83
5.2.2.1	Sentimentos de desconforto na simulacao	83
5.2.2.2	Estresse como gerador de instabilidade emocional	89
5.2.2.3	Insuficiencia de conhecimento teorico na simulacao	93
5.2.2.4	Posturas do facilitador no processo da simulacao	97
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
7	REFERÊNCIAS	110
	APÊNDICES	118

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 O DESPERTAR PARA A TEMÁTICA

No período de 1995 a 1998, durante o curso de graduação na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, tive a oportunidade de vivenciar experiências em diferentes cenários da área da saúde, o que me proporcionou uma vivência clínica relevante para a aquisição de conhecimentos científicos, bem como para a construção e o desenvolvimento de competências que me deram suporte para a prestação de uma assistência pautada em qualidade, ética, humanização e segurança.

Após a conclusão da graduação, realizei a pós-graduação *lato sensu* em Enfermagem Obstétrica na Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein. Exerci a atividade profissional predominantemente em ambiente intra-hospitalar, no âmbito do cuidado direto ao paciente com gestantes, recém-nascidos e família.

Como enfermeira assistencial, tive a oportunidade de contribuir no programa de aprimoramento institucional, atuando como multiplicadora das práticas de enfermagem para a equipe no setor da Maternidade. E como coordenadora do Grupo de Aleitamento Materno desta mesma instituição, pude também participar da elaboração de materiais didáticos e ministrar aulas em cursos preparatórios para gestantes e pais, experiência que me proporcionou grande satisfação pessoal e profissional.

Prestar consultoria às puérperas após a alta, no período da lactação, e auxiliar os pais a enfrentar as dificuldades deste período foi extremamente gratificante, despertando meu interesse em trabalhar na área de ensino.

Após alguns anos na mesma instituição, fui convidada para assumir a função de enfermeira gestora administrativa da Maternidade. Nesta função, foi possível perceber a importância da participação em um processo permanente de desenvolvimento e aquisição de novas competências e habilidades, que deve se perpetuar durante toda a trajetória profissional.

Com esse entendimento, procurei, como enfermeira gestora da equipe de enfermagem, estimular e favorecer a participação dos profissionais em cursos de capacitação e aprimoramento, a fim de valorizar a equipe, aperfeiçoar o trabalho e qualificar o cuidado ao paciente e à família.

Motivada a vivenciar novas experiências na área de ensino aos profissionais de enfermagem, em 2010, me inscrevi e fui aprovada no concurso público para o provimento de vaga em educação permanente no Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Desde então, tenho atuado como enfermeira na área da educação e exerço minhas atividades no centro de aprimoramento para profissionais de enfermagem pertencente a esta autarquia.

Neste mesmo ano, foi inaugurado o Núcleo de Simulação, destinado a proporcionar aos profissionais de enfermagem possibilidades de aprofundar conhecimentos e promover a qualidade da assistência prestada no âmbito da saúde.

No decorrer de minha atuação, pude observar que a eficácia da estratégia de simulação de alta fidelidade depende do modo como ela é conduzida pelo facilitador, precisa ser bem orientada para que possa de fato contribuir no aprimoramento dos profissionais de enfermagem.

Nos últimos anos, pude desenvolver e aprofundar cada vez mais minha capacitação profissional em simulação, pois continuei a participar de eventos que trouxessem inovações e discussões, relacionados à estratégia da simulação, com ênfase em sua condução.

Estas experiências trouxeram à minha consciência a necessidade de ampliar conhecimentos nesta área e, como educadora, me permitiram sentir a importância de qualificar o meu fazer em prol da melhoria da assistência ao paciente. E despertaram o meu interesse em conhecer com maior profundidade as percepções e experiências vividas pelo enfermeiro assistencial na simulação de alta fidelidade nos programas de educação em saúde, tendo em vista que estes profissionais possuem a responsabilidade de se aprimorar continuamente para promover a qualidade da assistência.

1.2 SIMULAÇÃO

Os enfermeiros professores já há muitos anos têm utilizado a simulação como estratégia de ensino, aproximando-a da realidade de acordo com os recursos que tinham em mãos. Até recentemente essa modalidade ainda não continha recursos que englobassem as várias dimensões do saber e do cuidado. E essa questão ainda vem sendo discutida na esfera do desenvolvimento do enfermeiro e do estudante em enfermagem. Atualmente, com a possibilidade de se desenvolver mais recursos, a simulação pode ser considerada uma estratégia simples de utilizar, mas também complexa, por abarcar componentes educacionais que se agregam à situação presente no cenário.

Na Enfermagem, a simulação em si não é uma inovação, visto que sua utilização já consta em registros há mais de cem anos, quando habilidades básicas de enfermagem eram praticadas em bonecas de palhas por estudantes na sua formação (Herrmann, 2008).

Em meados de 1910, nos Estados Unidos, a Sra. *Chase*, que até então fabricava bonecas para a vizinhança, criou um manequim com tamanho e proporções de um adulto, por solicitação de um Hospital Escola de Formação de Enfermeiras. Este manequim, dotado de certo realismo, ficou conhecido como “*Mrs. Chase*” e, aperfeiçoado, ganhou reservatórios internos, os quais permitiam procedimentos uretrais, vaginais e retais, além de injeções nos braços (Herrmann, 2008).

Estes registros evidenciam que, desde o início dos cursos de Enfermagem, houve a preocupação de criar recursos para o desenvolvimento de habilidades técnicas, a fim de que o aprendiz comprometido com o atendimento do paciente pudesse adquirir destreza com segurança. Realizar procedimentos primeiramente em manequins, antes de assistir o paciente, era um princípio.

A área da aviação também vem explorando a simulação há mais de cem anos, quando simuladores de voo passaram a ter uma função significativa na formação e proficiência de tripulações. Além da contribuição na área da pesquisa, muitos testes e estudos com simuladores foram realizados para solucionar problemas de voo, obtendo resultados satisfatórios (Rolfe, Staples, 1986).

Desde então, simuladores de voos complexos são largamente empregados para o treinamento de pilotos e desempenham papel fundamental no aperfeiçoamento

e manutenção das habilidades destes profissionais (Agência Nacional de Aviação Civil, 2014).

Nesse sentido, as companhias aéreas deram um exemplo valioso, pois o treinamento obrigatório para as tripulações baseado em simulação, em intervalos regulares, gerou um impacto importante sobre a segurança na aviação (Organização da Aviação Civil Internacional, 2016). Certamente este foi um precedente importante, pois evidenciou a relação da simulação com diversas disciplinas.

Na área da saúde, a simulação trouxe benefícios tanto ao aprendiz quanto ao paciente e tornou-se uma estratégia a ser agregada a outras modalidades de formação para ampliar a segurança dos profissionais que assistem o doente e destes que são assistidos, favorecendo o alcance de um cuidado em saúde pautado na consolidação de novos conhecimentos. Neste particular, reforça-se que os profissionais da saúde podem se beneficiar dos conhecimentos adquiridos nas experiências exitosas anteriores e utilizá-las como aporte para produzir assistência.

No cenário da saúde, de modo consciente ou inconsciente, os profissionais atuais têm valorizado os conhecimentos adquiridos e aperfeiçoados a partir das experiências dos profissionais da enfermagem que viveram diferentes realidades no campo do ensino em séculos mais antigos. Hoje essa herança pode ser olhada como base para produzir assistência à saúde de modo mais seguro e com maior qualidade.

Reconhecer que a capacitação deve fazer parte do cotidiano dos profissionais de saúde e ser culturalmente aceita como meio para o alcance de melhorias é algo desejável e que deve ser priorizado.

1.3 SIMULAÇÃO NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Discorrer acerca da educação em saúde tem sido um desafio e um aprendizado contínuo, que demonstra o quanto o uso de ferramentas e outras estratégias de ensino podem mudar o cenário de atendimento ao paciente - e o modo como se processa o cuidado - ao abranger níveis de complexidade cada vez maiores.

O uso da simulação na educação em saúde vem se expandindo mundialmente, particularmente como suporte à formação de estudantes e profissionais (Ryall, Judd, Gordon, 2016).

A assistência à saúde demanda profissionais qualificados, preparados para atuar em diversos cenários do cuidado ao paciente e que se adaptem às crescentes necessidades da sociedade atual e exigências do mercado de trabalho. Portanto, estratégias de ensino que visam apenas o desenvolvimento de habilidades técnicas ou o reconhecimento de sinais e sintomas do paciente são insuficientes.

Estratégias pedagógicas eficazes devem proporcionar interações sociais e possibilitar ao indivíduo vivenciar situações diferentes e próximas à realidade, que contribuam para que sua aprendizagem, ao ir processualmente consolidando conhecimentos já adquiridos ou novos, possa ser integrada a sua prática profissional.

No contexto atual brasileiro, as instituições de saúde, ainda que timidamente, têm criado esforços para construir seus próprios centros de simulação a fim de viabilizar capacitações permanentes, com destaque ao ensino prático dos seus profissionais. Esta postura e o investimento por parte das organizações de saúde são fundamentais para mudanças no atual panorama da saúde, pois somente o aperfeiçoamento do ensino e da pesquisa trarão melhores resultados à assistência ao paciente.

A simulação clínica tem amplo potencial de contribuir para a educação dos profissionais de saúde, na medida em que apresenta uma variedade de situações clínicas de atendimento ao paciente, invoca capacidades imaginativas dos participantes para projetar a interação profissional e cria uma infinidade de conexões com a realidade. Além disso, possibilita treinamentos que envolvem situações incomuns ou procedimentos de riscos, preparando-os para atuar neste tipo de atendimento ao paciente (Dunnington, 2014).

Estudos sobre simulação provenientes dos Estados Unidos, Europa e outros países demonstram o quanto a simulação vem sendo explorada na educação em saúde como forma de aprimorar continuamente seus profissionais (Endacott et al., 2014; Hsu et al., 2015; Raurell-Torreda et al., 2015;).

O conhecido relatório do *Institute of Medicine*, *To error is human*, que alertava sobre os esforços necessários por parte das organizações e dos profissionais de saúde para aumentar a segurança do paciente, publicado há quase duas décadas, já recomendava fortemente as abordagens educacionais com o uso da simulação (Kohn et al., 2000).

Atualmente, organizações internacionais que visam a qualidade e segurança continuam enfatizando a utilização da simulação como estratégia de treinamento, a fim de prevenir e reduzir os erros e aprimorar os cuidados à saúde (World Health Organization, 2011; Yu et al., 2016).

Sabe-se que o período formal de formação é insuficiente para apreender todos os requisitos necessários para atuar profissionalmente, essa premissa é atualmente dada como algo esperado. Por essa razão, é importante que o profissional de saúde dê continuidade aos estudos mediante cursos, especializações, residências entre outras modalidades de aprimoramento, para fortalecer seu desempenho profissional.

A formação e o desenvolvimento de competências profissionais deve ser um processo contínuo ao longo da vida profissional (Antonello, 2007). Esta afirmação adquire força diante das mudanças constantes e avanços tecnológicos na área da saúde e, principalmente, ao apreciar que a aquisição de habilidades se constrói ao percorrer o caminho da trajetória profissional.

Nesse sentido, o processo de desenvolvimento profissional não é de responsabilidade exclusiva do indivíduo, mas também do coletivo e das instituições de saúde, que representam o cenário da prática profissional.

Logo, as instituições de saúde também podem favorecer a educação permanente em saúde, possibilitando a transformação e potencialização dos sujeitos como forma de ampliar a segurança e qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. Para tanto, devem entender que a atualização do profissional não é um custo, mas um investimento, uma estratégia para o seu desenvolvimento.

As ações promotoras da aprendizagem devem ser coerentes com as reais necessidades de desempenho do profissional, considerando a sua função na organização e o ambiente de trabalho no qual está inserido. É desejável que os programas de desenvolvimento aplicados nas instituições possam atribuir conhecimentos e experiências aos profissionais, mas, sobretudo, que os levem a reflexões conscientes acerca de suas ações, a transformar continuamente o conhecimento adquirido e ser responsáveis por mudanças em seu comportamento e no de sua equipe.

As ações educativas devem também aproximar-se da concepção de integralidade, distanciando-se de atividades cujo enfoque seja apenas a técnica de procedimentos ou que estimulem a fragmentação das atividades.

Abordagens educacionais pautadas na realidade formam profissionais mais bem preparados para atuar no cuidado e proporcionam uma interdisciplinaridade e integração de conhecimentos que beneficiam o paciente.

Tradicionalmente, a educação em saúde ocorre em pacientes e ambientes clínicos reais, proporcionando uma experiência e aprendizagem substanciais, mas o compromisso com a segurança do paciente fornece um forte argumento para investir em simulação como estratégia educacional (Zigmont, Kappus, Sudikoff, 2011).

Gaba (2004) reconhece que, diferentemente de outras áreas, a simulação na área da saúde, jamais irá substituir a aprendizagem em pacientes reais, pois o cuidado ao paciente real, além de mais complexo, exige empatia e respeito. Contudo, quando utilizada para substituir situações raras e perigosas aos aprendizes, a simulação torna-se muito valiosa.

Desse modo, cada vez mais é pertinente explorar estratégias educacionais que possibilitem o desenvolvimento dos profissionais. Principalmente, aquelas que considerem os aspectos éticos, evitando a exposição dos pacientes e dos próprios aprendizes aos prejuízos inerentes ao “*aprender fazendo*”.

1.4 SIMULAÇÃO DE ALTA FIDELIDADE

Simular é um verbo descrito como “fazer parecer real - o que por si não é”, “representar com semelhança” e, ainda, “reproduzir da forma mais exata possível - uma situação, um processo” (Houaiss, 2001, p. 2575).

A palavra simular já contém a ideia de estar o mais próximo possível do real. Logo, o termo “simulação realística”, parece desnecessário, pois o verbo simular já referencia algo decorrente da experiência que provém do real.

Experiências de simulação podem ser obtidas por meio de representação virtual (*software* de jogos educativos, vídeos, áudio e tecnologia *web*), da atuação de pessoas ou ainda de manequins - simuladores de pacientes (Oliveira, Prado, Kempfer, 2014).

Um dos pioneiros na utilização da simulação a descreve como uma técnica que visa substituir ou ampliar experiências reais através de vivências guiadas que evocam ou replicam aspectos do mundo real de uma forma interativa, por isso não é concebida como uma tecnologia (Gaba, 2004). Esse conceito ressalta que a simulação não depende de recursos tecnológicos complexos, mas enfatiza o uso da estratégia como uma forma de prover aos aprendizes experiências próximas à realidade, como um meio de aprendizagem.

Evidentemente, uma simulação pode ocorrer sem a presença de manequins dotados de tecnologia, mas, quando presentes, tornam possível realizar procedimentos de cunho invasivo, os quais não poderiam ser realizados com uma pessoa.

Simulação de alta fidelidade em saúde refere-se a experiências extremamente realísticas, com um elevado nível de interatividade para o aprendiz e utilização de simuladores de pacientes computadorizados - manequins, realidade virtual ou ainda pessoas no papel de pacientes (NLN-SIRC, 2013).

O termo alta fidelidade também é utilizado por estudiosos para designar simuladores complexos e dotados de grande tecnologia. Martins et al. (2012) descrevem que a simulação de alta fidelidade é aquela obtida a partir de um simulador também de alta fidelidade, associado a um ambiente realista, com materiais e equipamentos reais, sendo possível a filmagem e gravação do desempenho dos participantes para utilizar na discussão posteriormente.

A simulação de alta fidelidade é capaz de propiciar aprendizagem aos participantes num ambiente envolvente, seguro e controlado, o que permite cometer erros, corrigir em tempo real e aprender com eles, sem medo de comprometer a segurança do paciente (Lewis, Strachan, Smith, 2012).

A simulação não se restringe ao ensino de habilidades técnicas e tem sido muito utilizada para o desenvolvimento de atitudes nas esferas comportamentais, relacionais e afetivas (Oliveira, Prado, Kempfer, 2014).

Experiências simuladas podem contribuir para desenvolver habilidades de liderança e gestão da assistência ao paciente, incluindo a melhoria da capacidade do estudante e profissional para priorizar, delegar, comunicar e colaborar com outros membros da equipe de saúde (Horsley, Sojka, Schmitt, 2014).

Embora o uso da simulação como metodologia de aprendizagem venha crescendo na educação em saúde, a investigação neste domínio ainda é incipiente e requer comprovações de que seu uso leva a resultados de aprendizagem evidentes e desejáveis (Hallenbeck, 2012; Khanduja et al., 2015; Warren et al., 2016).

Isso tem sido um desafio para os estudiosos, dada a dificuldade para avaliar o impacto dessa estratégia pedagógica sobre a qualidade da assistência ao paciente. O aprendizado pode ser influenciado por outras intervenções realizadas concomitantemente, impossibilitando definir a relação causal entre determinada intervenção de ensino e os resultados esperados. Por essa razão, são necessários mais estudos multicêntricos, com tamanho da amostra adequada e tempo suficiente para documentar os efeitos no longo prazo, a fim de compensar os riscos de interferência e o alto viés que influenciam os resultados (Boet et al., 2014).

1.5 SIMULAÇÃO PARA APRENDIZAGEM EM ENFERMAGEM

Na enfermagem, a simulação de alta fidelidade propicia a condição para que o profissional possa aprender algo muito mais próximo da realidade ao apresentar uma interface com o campo do exercício profissional. Em geral, reproduz uma situação mais complexa, que proporciona a discussão e reflexão sobre várias dimensões do cuidar.

Considerando que a enfermagem é uma profissão eminentemente prática, a condução do desenvolvimento dos profissionais deverá espelhar essa ideia, abordando contextos clínicos e criando situações nas quais o enfermeiro possa desenvolver suas intervenções, bem como empregar uma estratégia que o prepare para pensar criticamente sobre o cuidado dos pacientes e favoreça a transposição de competências para o ambiente clínico.

Em alguns países, instituições de ensino superior na área médica e de enfermagem incorporaram em seus currículos a metodologia da simulação como uso formal em atividades didáticas e até na avaliação dos alunos (Corvetto et al., 2013; Martins, Bandeira, 2014).

Esta prática se revelou benéfica diante do contato frequentemente limitado dos estudantes com pacientes durante a graduação de enfermagem, que impacta

diretamente nas experiências dos profissionais com determinadas situações que envolvem cuidados específicos ao paciente.

Conselhos de Enfermagem americanos responsáveis pela concessão do licenciamento para o exercício da profissão do enfermeiro naquele país têm demonstrado interesse na quantidade e qualidade de aprendizado profissional realizado em ambiente clínico durante a formação, prevendo que parte dele ocorra em ambientes simulados. Experiências vivenciadas em laboratórios clínicos são condição para a obtenção da licença profissional em outras realidades (*Michigan Board of Nursing*, 2015).

Nesse sentido, destaca-se que a simulação de alta fidelidade proporciona oportunidades para que o enfermeiro exerça o seu raciocínio e julgamento clínico, utilize suas habilidades de comunicação e fortaleça sua capacidade de tomar decisões clínicas adequadas quando requeridas.

As habilidades de comunicação dos enfermeiros podem ser aperfeiçoadas por meio de treinamentos baseados em simulação, sendo recomendada sua introdução nos programas de educação em enfermagem como forma de melhorar a comunicação dos profissionais na prática clínica (Li, Wen, Suh, 2015).

O ambiente de aprendizagem propicia o contato com experiências clínicas que podem favorecer a autoconfiança dos profissionais ao permitir que estes desenvolvam seu próprio método de resolver problemas perante uma variedade de situações. Diversos autores relacionam a simulação ao aumento da autoconfiança dos enfermeiros, o que se reflete no cuidado dos pacientes na prática clínica (Kaddoura, 2010; Weiner, 2011).

A simulação exerce um importante papel ao permitir que profissionais menos experientes desenvolvam a habilidade de trabalhar em equipe, bem como outras habilidades essenciais para cuidar, devendo fazer parte de programas de desenvolvimento profissional de maneira contínua (Endacott, 2014).

Todo investimento em prol da saúde do paciente deve ser considerado uma ação prioritária. Investir não significa, neste contexto, somente proporcionar o acesso à aquisição de equipamentos e materiais, mas sim investimento humano, concedendo espaço para que os profissionais de enfermagem possam construir o processo do assistir priorizando a escuta do paciente e da família.

Na aprendizagem por meio da simulação, deve-se criar um ambiente que favoreça a reflexão acerca do cotidiano das instituições de saúde, com diálogos abertos, nos quais os profissionais da enfermagem possam trocar experiências, abordar situações e trabalhar as questões propostas com comprometimento, em busca de soluções que tornem possível o crescimento de toda a equipe.

Quando esta realidade não está presente na organização de saúde onde o enfermeiro está inserido, este deverá ter a iniciativa de buscar oportunidades para o seu desenvolvimento.

Sob este prisma, o enfermeiro, no seu papel de gestor de processos e de pessoas, comprometido com a saúde e a qualidade dos serviços de enfermagem, deve atuar com autonomia e responsabilidade, estabelecendo boas relações de trabalho e também provendo condições para que os profissionais da equipe possam ter acesso a outras fontes de conhecimento como a simulação.

Tais atividades precisam ser envolventes, sendo um desafio importante para os educadores de enfermagem empregar métodos de aprendizagem ao mesmo tempo ativos e inovadores, que se aproximem de contextos da vida real nesta era de amplos recursos tecnológicos (Kroning, 2014).

A facilidade de acesso ao conhecimento no mundo moderno requer que o articulador do conteúdo possa despertar a motivação dos participantes por meio de recursos diferenciados, que propiciem aos indivíduos experiências significativas na construção do conhecimento.

Os centros de simulação são considerados espaços propícios para desenvolver estudos de investigação, pela possibilidade de produzir contribuições reais para melhorar a prática clínica de enfermagem (Mazzo, Martins, 2014).

Com base nessas premissas, este estudo apresenta concepções sobre o uso da simulação de alta fidelidade como estratégia de ensino no cenário da saúde, relacionada aos recursos que o facilitador utiliza para desenvolver os conhecimentos do indivíduo. Para o enfermeiro, participar desta modalidade de ensino-aprendizagem torna-se algo de importância ímpar, pois viabiliza a vivência de situações que se aproximam do seu contexto de trabalho, o que permite aprimorar o atendimento e o cuidado prestado ao paciente de modo eficaz.

2 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS DE MORIN

2 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS DE MORIN

2.1 SIMULAÇÃO E PENSAMENTO COMPLEXO

O mundo em que vivemos é representado por uma complexidade cada vez mais crescente de conhecimentos, uma realidade que envolve todos os segmentos da criação humana em diferentes áreas da construção da ciência. Um dos pensadores da contemporaneidade que se dedica a questão da complexidade do pensamento é Edgar Morin.

O pensamento de Morin foi inserido neste estudo como um despertar aos facilitadores que estão envolvidos com o ensinar mediante a simulação, para que possam exercer o pensamento de modo mais sistêmico e abrangente, trazendo aos participantes a consciência para desenvolver a capacidade de conhecer o todo e as partes que compõem o cenário e relacioná-las a outros conhecimentos inerentes a esta área de estudo.

Os profissionais da saúde, sobretudo os da área de enfermagem, encontram-se em contínuo processo de desenvolvimento do pensamento e construção de conhecimentos. Entretanto, sabe-se que aquisição do saber nem sempre oferece condições para olhar algo de modo não fragmentado, muitas vezes não é possível perceber a conexão com o todo. Quanto mais especializado, mais o observador se afasta do contexto e do relacional, de maneira que, nas interações entre enfermeiro e paciente, as dimensões do cuidar podem ser restringidas às questões biológicas, desconsiderando aspectos importantes como o psicológico, o social e o espiritual.

Portanto, é imprescindível superar a fragmentação e a alienação técnica por meio de propostas educacionais emancipadoras destes profissionais, com base na mudança da concepção de mundo, na construção coletiva do conhecimento e, principalmente, na reflexão acerca da prática do cuidado, tendo em vista que o processo de trabalho de enfermagem encontra-se articulado com outros processos e faz a interconexão entre eles.

Um dos principais pensamentos filosóficos de Morin (2011a) aborda a questão da fragmentação do conhecimento, a qual leva a uma visão reducionista que

impossibilita a compreensão dos fenômenos e da realidade complexa. Para Morin (2011b), a educação deve estar aberta às novas formas de organização do saber e, este, atrelado aos princípios da complexidade, ressaltando que não olhar o todo induz a dar continuidade à fragmentação do saber, que divide as disciplinas.

É preciso entender que existe muito mais facilidade de se apreender algo quando esta aprendizagem é realizada no coletivo, pois, segundo Morin (2011c, p. 14), complexo é “o que é tecido junto”, mantendo o sentido original do termo.

Perceber que as partes e os fenômenos apresentam conexões faz com que o sujeito entenda que cada ação tem seu desdobramento e repercussão sobre uma dimensão maior (o todo) e que, em algum momento, isto recairá sobre ele (a parte). Da mesma forma, para que o todo tenha êxito, é necessário que todas as partes sejam percebidas, numa ideia de unidade. Esta visão pode mudar a forma de o profissional refletir, agir e se relacionar no seu ambiente e com outras pessoas.

No campo educacional da saúde, os conceitos responsáveis pela prática são limitados, o meio ambiente e as relações interpessoais e sociais são pouco explorados para desenvolver este sujeito e prevalece a preocupação do profissional de se aprimorar, pois a dimensão técnica ainda se sobrepõe à dimensão relacional e social, interferindo no processo de interagir, de criar e de pensar.

Capra (2005) desenvolveu uma compreensão sistêmica que integra e unifica as dimensões biológica, cognitiva e social – mente, matéria e vida – que devem ser consideradas ligadas e em conversação contínua. Enfatiza a relação cérebro e mente, a importância do desenvolvimento e do papel da cognição na construção do pensamento. Menciona, ainda, que mente e cérebro apresentam uma conexão inseparável, pois é por meio desta estrutura específica que se dá o processo de cognição. Mas, o ser humano não depende somente desta estrutura para pensar, sendo também fundamentais as suas experiências nas diferentes dimensões do viver.

Compreende-se que o processo de cognição, entendido como processo de conhecimento, está inseparavelmente ligado ao processo de viver – plenamente e em todos os sentidos – do próprio ser humano, o qual com as suas percepções, emoções e comportamento vai construindo o seu mundo interior por meio de suas interações com o meio ambiente e outras pessoas (interações cognitivas), mediante a linguagem. A partir destas interações, o sujeito seleciona as chamadas “inquietações do

ambiente” respondendo autonomamente a estes estímulos por meio de mudanças estruturais em seu sistema biológico. Cada uma dessas modificações estruturais corresponde a um ato cognitivo que influenciará o comportamento futuro do indivíduo, e este processo ocorre continuamente, o homem vai aprendendo e se desenvolvendo no percurso de sua vida (Capra, 2005).

Esse mesmo autor aborda que a experiência consciente é composta por várias dimensões, resultando não apenas da interação biológica (mecanismos neurais), pois emerge espontaneamente de uma dinâmica não linear complexa das redes neurais, na qual tudo está em interdependência com as experiências do sujeito, que são particulares e subjetivas.

Na perspectiva de Morin (2011c), a construção do conhecimento se faz a partir do autoconhecimento, fator que possibilita à mente trazer a consciência da compreensão da realidade ao seu redor. Isto requer transformar-se e reorganizar-se continuamente, num processo em que o sujeito transforma sua realidade construindo sua identidade como pessoa, que se encontra no movimento de ir e vir.

Para Morin (2011b), há uma estreita relação entre afetividade e inteligência, pois para o desenvolvimento da inteligência é fundamental a presença de atributos como a curiosidade e as emoções. A afetividade pode fortalecer o conhecimento, da mesma forma que o déficit de emoção pode diminuir ou extinguir a faculdade de raciocinar. Este eixo intelecto-afeto demonstra o quão importante são as emoções para o estabelecimento de comportamentos racionais.

Sobre esse ponto, enfatizamos que a afetividade tem papel primordial para a assimilação do conhecimento e para relacioná-lo com outros saberes. Nessa perspectiva, é possível, ao elevar a autoestima do profissional, levá-lo ao aperfeiçoamento de suas práticas assistenciais, abrangendo questões existenciais de seu cotidiano, vinculadas a contextura em que estão situadas suas indagações, dúvidas e busca de respostas.

O envolvimento do sujeito em seu processo de aprendizagem, partindo de vivências individuais e coletivas, leva a situar a importância da simulação de alta fidelidade para a aprendizagem significativa. O ambiente da simulação pode proporcionar condições para que as relações interpessoais entre os participantes sejam favoráveis e contribuam para o crescimento pessoal dos envolvidos a partir da

compreensão da diversidade, dos limites e responsabilidades nas relações humanas, além de permitir a cada um aprender com o outro.

A aproximação da simulação com o mundo do trabalho possibilita ao profissional refletir sobre a sua postura no cotidiano, inclusive nos aspectos atitudinais e relacionais, e ressignificar sua prática profissional a partir das observações, experimentações e reflexões durante a estratégia, criando a possibilidade de analisar o próprio comportamento diante da situação a que foi exposto, o que pode favorecer o autoconhecimento.

Com base nessas premissas, este estudo se justifica, visto que possui um expressivo potencial de fortalecer os facilitadores que trabalham com a simulação de alta fidelidade, visando a melhoria da assistência em saúde e, por conseguinte, pode contribuir de modo significativo para o aprimoramento dos enfermeiros que atuam nas instituições de saúde.

Os pressupostos de Morin utilizados neste estudo trazem a base para trabalhar o pensamento complexo, ajudando a ampliar as possibilidades de olhar o *debriefing* como uma ferramenta que pode ser utilizada para empregar o pensamento de modo circular em diferentes níveis de complexidade.

A hipótese do estudo consiste em considerar que, cada vez mais, os enfermeiros educadores que utilizam a estratégia da simulação de alta fidelidade no ensino possam envolver os aprendizes em seu processo de aprendizagem, abrindo espaço para a escuta das vivências individuais e coletivas, a fim de permitir que haja uma aprendizagem significativa, bem como proporcionar um desenvolvimento mais completo ao enfermeiro, para além das habilidades técnicas, por meio do alcance gradual de um pensar mais complexo, articulado e sistêmico.

Nessa linha de entendimento, este trabalho norteou-se pela seguinte indagação: a participação do enfermeiro na simulação de alta fidelidade pode levá-lo a ampliar sua visão e associar essa estratégia aos componentes do cuidar nas diferentes dimensões do saber?

3 OBJETIVO

3 OBJETIVO

Analisar a vivência do enfermeiro na simulação de alta fidelidade no contexto da saúde.

4 METODOLOGIA

4 METODOLOGIA

4.1 ABORDAGEM DE PESQUISA

Trata-se de estudo de caráter exploratório e descritivo, desenvolvido por meio de pesquisa qualitativa.

Esta modalidade de pesquisa parte da premissa de que existe uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, que se aproxima entre eles, criando interdependência e vínculo indissociável do mundo objetivo com a subjetividade do sujeito (Chizzotti, 2001).

De acordo com Minayo (2014, p. 22-23), as metodologias de pesquisa qualitativa são:

Aquelas capazes de incorporar a questão do SIGNIFICADO e da INTENCIONALIDADE como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

4.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Este estudo teve a participação de 14 profissionais enfermeiros que vivenciaram atividades de simulação de alta fidelidade.

4.2.1 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão estabelecidos neste estudo foram:

1. Estar atuante no exercício profissional como enfermeiro em instituições ou serviços de saúde.
2. Ter participado de duas ou mais simulações de alta fidelidade como recurso de aprendizagem nos últimos três anos.
3. Ter participado da simulação de alta fidelidade independentemente de ter atuado diretamente no contexto do cenário.

4.2.2 Contato com os participantes do estudo

O processo de abordagem dos participantes foi realizado com base no método conhecido como *snowball sampling*, que consiste em obter a amostra de estudo por meio de referências a pessoas que compartilham algumas características que são de interesse do estudo (Biernacki, Waldorf, 1981).

Snowball sampling é conhecido como “amostragem bola de neve”, definida por Goodman (1961) como um procedimento para obtenção de dados de pesquisa que estabeleçam um elo entre o primeiro sujeito e a indicação de outro sujeito. Dessa maneira, a partir da identificação de indivíduos de uma dada população, estes são convidados a indicar diferentes pessoas que, por sua vez, indicam outros participantes e assim sucessivamente.

Handcock e Gile (2011) e Heckathorn (2011) corroboram que esta técnica é eficaz para a identificação dos participantes quando os indivíduos podem ser difíceis de serem alcançados em determinada população, caracterizados pela falta de uma base de amostragem evidente (não visíveis).

Segundo Minayo (2014), no processo de definição da amostra qualitativa, como critério, deve-se privilegiar os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer. Isto inclui definir claramente o grupo social mais relevante, sobre o qual recai a pergunta central da pesquisa.

Neste estudo, a escolha por esta técnica se deve ao fato da simulação de alta fidelidade ser ainda um recurso pouco conhecido e utilizado pelos profissionais de enfermagem, instituído em raras instituições de saúde em razão do investimento financeiro elevado, quando se trabalha com simuladores de alta tecnologia.

Nessa realidade, o oferecimento da simulação de alta fidelidade em grande escala para profissionais enfermeiros é limitado, o que pode dificultar a identificação de indivíduos que atendam aos requisitos para a participação neste estudo e constituir um obstáculo para o alcance do número de participantes neste processo, alargando o tempo para fechar o número e a saturação esperados neste contexto. A técnica *snowball sampling* favorece a busca de pessoas que tenham compreensão acerca do tema a ser pesquisado.

Cabe porém mencionar que, por fazer parte de uma instituição que possui um centro de simulação, a pesquisadora tem contato com enfermeiros e educadores de

instituições de saúde que estão envolvidos com a simulação de alta fidelidade, e estes conhecem enfermeiros de diversas áreas de atuação que puderam indicar participantes para colaborar com a pesquisa; fomentando um encadeamento que se expandiu naturalmente e ampliou o contato com outros enfermeiros, mantendo o propósito e respeitando os critérios adotados para participar desta pesquisa.

O ponto inicial para alcançar os participantes ocorreu a partir da escolha de três informantes, do contato da pesquisadora, que possuem conhecimento sobre a simulação de alta fidelidade e também se encontram no contexto de organizações que possuem recursos para tal.

A opção da pesquisadora por obter indicações de participantes a partir de três informantes deveu-se ao intuito de abrir uma possibilidade maior de contato com profissionais enfermeiros de diferentes instituições e áreas de atuação que vivenciaram a estratégia da simulação em diferentes contextos de formação e de ensino.

Solicitou-se a cada um destes informantes que indicassem possíveis participantes para a pesquisa que atendessem aos critérios de inclusão.

A partir das indicações de cada informante principal, a pesquisadora realizou o contato inicial com os possíveis participantes para convidá-los a participar das entrevistas. Estes contatos foram realizados via *e-mail* e telefone, confirmando os critérios de inclusão estabelecidos no estudo.

Neste primeiro contato com os profissionais indicados, a pesquisadora informou sobre a finalidade, os objetivos e o tempo estimado de duração da entrevista, bem como sobre a necessidade do consentimento de sua participação por meio de um termo por escrito e a possibilidade de escolha do local da entrevista pelo próprio participante.

Após o aceite em participar do estudo, as entrevistas foram agendadas em locais e momentos previamente combinados, respeitando a escolha dos participantes, em conformidade com a adequação do ambiente para o propósito da conversa.

Alguns enfermeiros indicados pelos informantes principais e pelos entrevistados recusaram participar do estudo por questões não declaradas (estes estão representados na figura 1, na cor amarela). Desse modo, foi realizado o contato com outros enfermeiros indicados previamente pelo informante principal.

Da mesma forma, quando os enfermeiros já entrevistados não conheciam outro participante para indicar, que atendesse aos critérios de inclusão, a pesquisadora retornava ao ponto inicial – contato com outro profissional indicado pelo informante principal.

Figura 1 - Diagrama do fluxo dos informantes e entrevistados

Fonte: Elaborada pela autora.

Os enfermeiros indicados pelos três informantes principais foram contatados simultaneamente, a fim de não prolongar o período da coleta de dados. As entrevistas ocorreram na medida em que os enfermeiros tiveram disponibilidade e indicaram outros colegas, completando o total de 14 entrevistados. Decorrente dessa composição, as entrevistas não estão ordenadas por ordem de indicação dos participantes, pois as mesmas ocorreram conforme a disponibilidade dos enfermeiros. Esta estratégia foi empregada até a inclusão do último participante.

Segundo Kvale (1996), as entrevistas devem ser conduzidas até descobrir o que precisamos saber, até um ponto de saturação ou ainda quando trazem poucos conhecimentos novos, mas geralmente o número de entrevistas tende a ficar em torno de 10 a 15.

O número de enfermeiros participantes foi definido no momento em que as falas convergiram e se aproximaram por semelhança à temática estudada, e quando foram atingidos dados suficientes que respondiam à indagação da pesquisa.

4.3 COLETA DE DADOS

A coleta de dados teve início no primeiro semestre de 2016. Para sua realização foram utilizados:

1. Questionário: perfil, tempo de formado, tempo de atuação em exercício profissional, natureza do trabalho, cursos e respectivas áreas de conhecimento;
2. Entrevista.

4.3.1 Técnicas adotadas

A coleta de dados foi realizada por meio da Entrevista Narrativa.

O propósito da entrevista na pesquisa qualitativa é compreender o tema da pesquisa, a partir da vivência do participante, na sua própria perspectiva. Tem como foco investigar a experiência do sujeito, e o entrevistador visa uma clarificação cognitiva dessa experiência (Kvale, 1996).

As narrativas produzidas pelos entrevistados, sob a forma de apresentação de situações concretas nas quais vivenciaram determinadas experiências, podem ser usadas para obtenção de uma versão mais abrangente e contextualizada das experiências. Permitem ao pesquisador abordar o mundo empírico até então estruturado do entrevistado, de modo mais abrangente (Flick, 2009).

Neste estudo, optou-se por utilizar a narrativa de vivências, por ser mais ampla. Segundo Flick (2009), a narrativa, geralmente, inclui situações colocadas numa sequência de acontecimentos, dos quais nem sempre há uma interpretação temporal, construindo-se a experiência como um processo. A pessoa, comumente, está contando um acontecimento e vai trazendo outros fatos, episódios, comentários relacionados, o que enriquece a história. Cabe ao pesquisador ajudar o entrevistado a manter o foco e não se afastar do enredo.

Esse autor instrui ainda que a entrevista narrativa é iniciada com a utilização de uma pergunta que possa incentivar o entrevistado a responder a questão de modo narrativo, seguida de perguntas mais aprofundadas de investigação. É importante que o pesquisador, ao realizar a entrevista, deixe a narração transcorrer livremente, sem interferir, mantendo-se atento às atitudes, sentimentos e valores.

Nas entrevistas, a autora deste estudo seguiu as orientações de Flick (2009), tendo o cuidado de conduzi-las respeitando os critérios, como o não direcionamento e a especificidade, e observando a presença ou não de profundidade e o contexto do depoimento dos sujeitos de pesquisa em relação à temática do estudo.

Antes do início das entrevistas, foi realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), em seguida, este foi assinado pelo participante e pela pesquisadora em duas vias, uma via foi entregue ao entrevistado e a outra via permaneceu com a pesquisadora.

Após a assinatura do termo, iniciava-se a aplicação do Questionário (Apêndice B) e, a seguir, a entrevista, por meio da pergunta gerativa da narrativa referente à vivência do participante. A segunda pergunta inserida abrangia o conteúdo da simulação como estratégia de aprendizagem.

4.3.2 Questões norteadoras

1. Conte sobre sua vivência como participante da simulação.
2. Fale acerca dos conhecimentos adquiridos na simulação que foram inseridos em sua prática profissional.

As entrevistas fluíram próximas a uma conversa e as respostas foram espontâneas, ocorrendo em forma de narrativa. Durante a entrevista, a pesquisadora solicitou esclarecimentos sobre os diferentes aspectos da vivência referentes à aprendizagem do entrevistado, mantendo o foco na simulação.

A duração das entrevistas variou de 20 a 30 minutos e todas foram inteiramente gravadas em áudio após o consentimento do entrevistado.

Desta forma, foi possível desenvolver todas as entrevistas num clima descontraído, sem a presença de dificuldades, pois os participantes expressaram suas vivências em simulação com clareza e tranquilidade.

Ao final das entrevistas, solicitava-se aos participantes que indicassem outros enfermeiros que atendessem aos critérios de inclusão e pudessem contribuir com o estudo.

Houve dificuldade de alguns enfermeiros participantes para indicar colegas, pois desconheciam outros enfermeiros que tivessem vivenciado a simulação de alta fidelidade como estratégia de ensino. Apenas oito participantes indicaram outro(s) enfermeiro(s) de seu contato para participar do estudo.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados traz as vivências dos sujeitos da pesquisa. Flick (2009) observa que algumas pesquisas se deparam com o mundo que desejam estudar somente nas versões desse mundo construído pelos sujeitos, que apresentam em seus depoimentos a experiência de seu cotidiano. Os pesquisadores devem conduzir o processo de tradução do modo mais concreto possível.

As entrevistas gravadas em áudio foram transcritas na íntegra pela pesquisadora, mantendo o caráter sigiloso. Todo o material foi armazenado de forma eletrônica.

Utilizou-se para o tratamento dos dados o método da análise de conteúdo temático. Para Minayo (2014), essa análise consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência tenham valor para o objetivo analítico visado. Leopardi et al. (2001) apontam que este método busca compreender os conteúdos manifestos e ocultos, podendo-se organizar os dados por meio de palavras significativas ou categorias.

Neste estudo, optou-se pela organização dos dados em forma de categorias.

A análise temática desdobrou-se em três etapas, conforme recomenda Minayo (2014):

1. Pré-análise
2. Exploração do material
3. Tratamento dos resultados obtidos e interpretação

4.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O estudo respeitou os aspectos ético-legais da Resolução CNS 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que versa sobre os aspectos éticos em pesquisas envolvendo seres humanos (Brasil, 2012).

Foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP (CEP/EEUSP), Parecer nº 1.400.109 aprovado pelo referido Comitê. Os dados somente foram coletados após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa desta escola.

Para manter anonimato dos sujeitos da pesquisa, os discursos dos enfermeiros foram identificados por letra e número, como por exemplo, P01, correspondendo a letra P à participante. O número seguiu a ordem das entrevistas realizadas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Participaram desta pesquisa 14 enfermeiros que atuam em diferentes áreas do conhecimento, seis entrevistados do sexo masculino e oito do sexo feminino, com idades entre 24 a 54 anos.

Quanto à formação acadêmica, todos os enfermeiros possuem pós-graduação *lato sensu*, prevalecendo a especialização em emergência. Apenas um profissional concluiu a pós-graduação na modalidade *stricto sensu*, mestrado, na área de pediatria. Em relação ao tempo de formação, os profissionais tinham de um ano a mais de seis anos de formados.

Chamou a atenção o fato de que, entre os entrevistados, somente dois participaram de simulação de alta fidelidade em instituição de ensino durante a graduação em enfermagem. No que se refere a atuação profissional, o tempo de experiência como enfermeiro variou de um a 15 anos.

Entre os entrevistados, 10 enfermeiros atuam em instituições privadas e quatro em instituições públicas; sendo um em atendimento pré-hospitalar, 10 no intra-hospitalar e 3 em atendimento ambulatorial. Todos atuam em instituições de saúde que possuem o Serviço de Educação Continuada ou Permanente.

Em relação à participação em cursos de aprimoramento profissional com simulação, quatro enfermeiros participaram duas vezes, dois participaram três vezes e oito participaram mais de quatro vezes. Todos os envolvidos participaram em dois ou mais cursos de atualização profissional no último ano, não necessariamente na instituição em que atuam.

5.2 CATEGORIAS

Após o tratamento e interpretação dos dados, procedeu-se a elaboração das categorias. Tais categorias foram reunidas em dois grupos, denominados

componentes fortes da simulação e componentes vulneráveis da simulação, de acordo com as similaridades presentes nas falas dos sujeitos.

A seguir, apresentam-se todas as categorias encontradas, que serão abordadas separadamente nos itens 5.2.1 e 5.2.2.

Componentes fortes da simulação

- Simulação com atores é mais rica e realística
- Componentes essenciais da simulação
- Autoavaliação mediante o uso do vídeo
- Aspectos metodológicos do *debriefing*
- Metodologia ativa ancorada na teoria e na prática
- Experiências e lembranças da simulação tornam-se memória viva
- Correlação entre liderança, trabalho em equipe e comunicação

Componentes vulneráveis da simulação

- Sentimentos de desconforto na simulação
- Estresse como gerador de instabilidade emocional
- Insuficiência de conhecimento teórico na simulação
- Posturas do facilitador no processo da simulação

5.2.1 Componentes fortes da simulação

5.2.1.1 Simulação com atores é mais rica e realística

A simulação com ator no campo da enfermagem é um dos recursos que mais mobiliza o pensar e o fazer do aprendiz. Além de prepará-lo para aprimorar sua habilidade técnica, científica e social, a simulação realizada nessa condição também pode propiciar uma vivência ainda como algo experimental, mas que traz à sua consciência a percepção sobre como pode processar as informações que são

identificadas, o que é importante para que o participante venha a potencializar o seu aprendizado de modo sistêmico, desenvolvendo processualmente sua capacidade organizativa, crítica-reflexiva e até analítica quando trabalhada no contexto coletivo.

As falas dos entrevistados expressaram que o ambiente simulado se torna mais envolvente e mais próximo da realidade quando atores assumem os papéis de paciente, membro da equipe ou familiar. Embora o ambiente e seus recursos contribuam para o alto nível de fidelidade, este também inclui outras dimensões como o fator psicológico e a interação. Na percepção dos participantes, a simulação com atores possibilita atingir maior interatividade quando comparada a utilização de um manequim, tornando a experiência marcante e significativa.

A fala abaixo traz a experiência do participante (P13) sobre uma estratégia de simulação na qual foi utilizada a presença de atores como recurso de apoio.

Eram cenários com atores, envolvia a pessoa (participante voluntário). Isso faz com que a gente não esqueça mais. Tinham cenários que eram somente com bonecos. Outros cenários que precisavam dos dois (ator e simulador) e outros cenários comportamentais que havia somente o ator, criando um realismo maior (P13).

Esta fala evidencia que, para utilizar a estratégia da simulação, é dispensável ter um manequim de alta tecnologia, visto ser possível obter um cenário próximo a realidade e envolvente com a presença de pessoas. A participação de um ator profissional ou amador serve de apoio para a experiência simulada se tornar mais realista pela possibilidade de interação com o participante, principalmente em situações que requerem o diálogo e a comunicação.

Para Flato e Guimarães (2011), a construção de um cenário com atores, em substituição a manequins de alta tecnologia, favorece o enfoque comportamental da equipe de saúde e o gerenciamento de situações de crises com familiares ou pacientes, no entanto, exige a disponibilidade e o compromisso de atores treinados. Este cuidado é importante para a condução do contexto e para que o aprendiz não se desvie do real objetivo de aprendizagem proposto no cenário.

Embora existam simuladores com recursos tecnológicos sofisticados, que reproduzem desde o piscar dos olhos e choro até convulsões, certamente uma pessoa

é capaz de reproduzir com maior fidedignidade um paciente ou familiar quando é necessário expressar sentimentos e emoções. Simuladores podem favorecer o desenvolvimento de habilidades para o reconhecimento de alterações fisiológicas do estado de um paciente, mas não podem reproduzir integralmente o aspecto relacional do cuidado, que é, sem dúvida, central na enfermagem.

O cenário é diferente com pessoas (atores). O boneco ou vai tossir mais ou menos, mas ele não me provoca. As pessoas vão direcionando, estimula, vai na minha “ferida”, no meu limite. Até achar o meu ponto fraco. Vai interagindo com o participante. Eu acho mais legal (P03).

Ela (atriz) sempre fazia o possível para nos complicar (participantes do cenário), nos testava, nos colocava em situação difícil para tentarmos resolver [...] (P08).

Estes indivíduos treinados para passar por pacientes em uma condição específica e de forma realista são chamados de *standardized patients* (pacientes padronizados). E podem ser inseridos para fornecer pistas que direcionam o cenário e ainda dar *feedback* ao desempenho dos participantes (NLN-SIRC, 2013).

Por mais que eu saiba que é uma simulação, o cenário te envolve. Com pessoas, atores, mais ainda. A pessoa observa a minha reação, como eu conduzo e estou me comportando. Se estou fazendo algo errado, a pessoa vai continuar num nível de estresse maior, falando e te estimulando. O boneco não [...] ele pode piorar clinicamente, mas ele não fica me provocando (P03).

Este relato pode servir de incentivo para a utilização da simulação, mesmo tendo como grande limitação os elevados custos que envolvem a obtenção de manequins de alta fidelidade em nossa realidade. Muitas vezes as instituições possuem um local disponível para treinamento, porém não dispõem de recursos financeiros para adquirir um simulador.

A utilização de um *standardized patient* seria uma solução prática para reproduzir diversas situações clínicas, podendo-se utilizar peças anatômicas de partes

do corpo como apoio nas situações que os atores não são capazes de representar ou nos casos em que são necessários realizar procedimentos invasivos.

O cenário era bem simples, uma sala de simulação com alguns equipamentos médicos, mas pobre em relação à sala de emergência convencional. A maquiagem era superficial, usava maquiagem comum mesmo. Mas a realidade ficava por conta do manequim vivo (ator). O cenário colaborava até certo ponto, mas era a interação entre o manequim vivo e o profissional que dava o realismo (P01).

Algumas características apontadas pela fala apresentada acima levam a considerar o quanto o cenário deve responder ao propósito da simulação, uma vez que deve propiciar as situações mais realistas possíveis, com todos os materiais e complementos necessários e, sobretudo, permitir a interação.

A técnica de maquiagem denominada *moulage* é um recurso disponível para tornar a experiência simulada o mais realista possível. Quando aplicado em pessoas, pode reproduzir efeitos de lesões (ferimentos com objetos, fraturas abertas e úlceras), envelhecimento e sangramentos que seriam úteis em treinamentos de emergências, por exemplo. Fácil e de baixo custo, a *moulage* também pode ser aplicada sobre os simuladores para criar uma variedade de situações (Smith-Stoner, 2011).

É possível planejar um cenário apenas com os membros da própria equipe de educação, desde que estejam aptos e dispostos a assumir um papel na simulação, evitando custos com a contratação de atores profissionais.

Eles fazem uma coisa muito real. Quando você está com pessoas se passando por paciente, eles “levam ao pé da letra” [...] quando você não conhece as pessoas fica mais real ainda. É bem real mesmo (P03).

Ao inserir pessoas treinadas para representar papéis, estas devem ser preferencialmente desconhecidas dos participantes, a fim de tornar a experiência mais realista. Uma pessoa do convívio, ou o próprio educador, poderia minimizar este efeito e até inibir os participantes.

Criar este realismo no cenário favorece que o profissional relacione a situação vivenciada com o cotidiano da assistência de enfermagem. E a similitude com os ambientes clínicos reais em que os profissionais atuam pode contribuir para prepará-los para lidar melhor com as diversas situações que enfrentam no trabalho.

Segundo Dunnington (2014), simular situações pode despertar nos participantes a sensação de estar em uma situação real de atendimento ao paciente, e até desencadear respostas emocionais como senso de urgência, medo, nervosismo e compaixão, somadas ao senso de responsabilidade.

As palavras do enfermeiro trazem a apreciação positiva do cenário bem feito:

Parecia mesmo uma sala onde a gente trabalha. Colocamos a roupa do centro cirúrgico de verdade, a máscara [...], os atores eram tão bons e incorporavam os papéis, pareciam verdadeiros profissionais de saúde (P03).

Alguns autores classificam como simulação de média fidelidade a que utiliza pacientes simulados e consideram de alta fidelidade apenas a que envolve manequins de alta fidelidade (Aebersold, Tschannen, 2013).

Este entendimento ocorre porque os simuladores também são classificados como de alta, média e baixa fidelidade. Entretanto, um cenário onde há fidelidade temporal, psicológica e ambiental sugere ser mais relevante do que propriamente o uso de um manequim de alta fidelidade, com inúmeros recursos tecnológicos.

Segundo Chiniara et al. (2013), termos como *manequim de alta fidelidade* ou *simulação de alta fidelidade* se referem à simulação e seus recursos, mas estes não passam de terminologias que enfatizam a tecnologia. É ainda mais importante considerar outros aspectos da experiência educacional, por exemplo, se permite a reprodução adequada e se tem como alvo a formação de competências, sendo irrelevante se a ferramenta utilizada é um simulador ou paciente.

Evidentemente, não é suficiente ter um simulador de alta fidelidade para garantir uma simulação de alta fidelidade. Mas é comum o uso de recursos complexos sem considerar uma metodologia adequada e um facilitador consciente, conduta que pode interferir no aprendizado dos participantes.

É importante assinalar que os cenários vivenciados pelos entrevistados em geral foram muito envolventes, atingindo a ideia de tornar a experiência simulada mais próxima possível da realidade. Isto foi expressado pelos participantes quando relataram que, por parecer tão real, muitas vezes esqueceram que estavam diante de uma simulação. Esse realismo faz com que o profissional possa imaginar como será e como deverá agir quando ocorrer em seu cotidiano uma situação semelhante posteriormente.

O cenário era uma sala de emergência, que envolve, chega a pensar que aquela situação é real. Algumas horas o instrutor tinha que falar “não precisa fazer [...]” porque você se envolve tanto que chega a querer “pegar a veia” do ator, porque mexe com a sua cabeça, é como se você estivesse atendendo mesmo. Isso é bom (P02).

Depois que inicia o cenário você entra numa adrenalina, como se realmente fosse a realidade mesmo, pois começa a ver os sinais vitais no monitor, o boneco a descompensar e se queixar, o familiar a conversar com a gente e questionar [...] (P13).

Quanto mais o cenário é real, melhor. Envolve mais (P06).

O educador deverá escolher entre simulador ou ator, até mesmo optar pelo uso de ambos, dependendo dos objetivos que deseja atingir com a estratégia, tornando possível, inclusive, a simulação de procedimentos invasivos e proporcionando uma experiência mais próxima da realidade. Portanto, a indisponibilidade de um simulador não impede a utilização da simulação como estratégia de aprendizado.

5.2.1.2 Componentes essenciais da simulação

A orientação dos participantes do cenário favorece a preparação para as ações a serem desenvolvidas na simulação. Essa conduta do facilitador, mesmo quando realizada por outro membro da equipe de simulação, decerto integra os componentes que dão suporte para o alcance da aprendizagem por meio desta estratégia.

Aquilo que é essencial para a condução da simulação feita pelo facilitador também aparece como algo de suma importância para os participantes da simulação.

Quando entramos na sala para simular, ela (facilitadora) explicou tudo, passo a passo, onde estava cada equipamento, se precisasse usar como deveria ser usado. Achei muito importante isso, porque tem que saber e conhecer. Assim como numa situação de verdade que a gente tem que saber onde está cada coisa. Ela colocou a situação de modo favorável para a gente, para não ficar perdido e atrapalhar o atendimento (P04).

A gente teve um contato prévio com o cenário antes de realizar a simulação, isso me ajudou a localizar melhor e ter um desempenho melhor. Quando eu chego num ambiente que eu não conheço e eu já tenho que executar (as tarefas), eu fico mais inseguro e apreensivo. Eu preciso ter um contato com a sala antes, ver dispositivos, ver onde estão localizadas as coisas; quando eu for fazer a simulação propriamente dita eu consigo desenvolver melhor. Se eu tivesse um tempo maior, talvez eu teria tido um desempenho melhor (P14).

Diante destas considerações dos participantes, entende-se que a condução do facilitador deve também seguir algumas recomendações inerentes ao denominado *briefing*.

Meakin et al. (2013) definem o *briefing* ou *prebriefing* como uma sessão de instruções e informações de fundo, dadas aos participantes previamente à execução no cenário, a fim de auxiliá-los na realização das tarefas. Os autores sugerem orientar os envolvidos sobre os equipamentos, ambiente e simuladores, além de informar os objetivos e os papéis que deverão assumir no cenário. Além disso, nesta etapa, pode-se proporcionar um tempo para que os participantes conversem entre si acerca de seus papéis a fim de realizar um bom atendimento.

Ter ciência previamente sobre o tema e o objetivo do cenário a ser simulado tranquiliza o participante e facilita suas decisões por conhecer melhor a situação onde estará envolvido. Caso contrário, ele demora a situar-se e pode apresentar dificuldades para atingir o objetivo proposto.

Nas estações de simulação onde já participei, o instrutor já coloca o objetivo da estação dizendo que vamos aprender tal coisa, e coloca isso antes de começar. Isso dá uma base para eu não ficar tão ansiosa (P02).

Eu já participei de uma simulação que não houve orientação, o instrutor só falou “nesse cenário, trate esse boneco como um paciente real” nem falou o tema. Aí você fica no escuro, e não sabe o que vai acontecer. É péssimo, o paciente começa a falar, e até você entrar no clima e entender o que vai fazer demora. Primeiro o instrutor deveria orientar o objetivo, pois quando ele orienta é bem melhor e o aproveitamento também acaba sendo muito bom (P11).

Não ter ciência do tema e entrar no cenário como se este fosse um “jogo de adivinhações” geralmente causa desconforto e insegurança para aquele que assiste o paciente simulado. Essa conduta do educador parece, no mínimo, desrespeitosa não somente para aquele que atua no cenário, mas para todos os observadores que integram a participação na simulação.

Em uma simulação de alta fidelidade, geralmente, os participantes são informados sobre o objetivo de aprendizagem do cenário, mas os objetivos específicos devem ser preservados e não detalhados para que não prevejam o que ocorrerá no decorrer de sua execução (Alinier, 2011).

Os instrutores fornecem o caso por escrito para quem vai simular no cenário, fala “por cima” sobre a proposta do cenário, mas não fala o desfecho. Lá dentro do cenário o participante vai descobrindo, e pode ter uma surpresa (P03).

Esta fala demonstra a maneira ideal de conduzir a informação antes do início da simulação. Parece adequado não revelar detalhes do contexto, lembrando que o desfecho se articula com o desempenho do participante durante o processo. Porém, a menção a “ter uma surpresa”, sugere considerar que a informação seja transmitida no tom certo para a situação presente e não para intimidar o participante.

Da mesma forma, o facilitador deve permitir que o participante se familiarize previamente com o ambiente e seus recursos, diminuindo o estresse antes do início

do atendimento simulado. Isto requer tempo, portanto, deve ser previsto pelo educador ao planejar as atividades.

Além de orientar, o facilitador deve permitir que os participantes manipulem os equipamentos, por exemplo, palpem o pulso carotídeo do simulador para desenvolver sensibilidade. Isso certamente evitará o desvio de atenção no cenário devido a não familiaridade com o recurso, o que é necessário para o bom desempenho do participante.

Cabe também ressaltar que o desconhecimento sobre o funcionamento do simulador pode até provocar danos no equipamento por falta de orientações. É importante, por exemplo, esclarecer previamente os participantes sobre os possíveis locais para punção com agulha, pois uma perfuração em um local inadequado do simulador poderá danificar às estruturas do manequim.

Essas condições abordadas são desejadas, observa-se, porém, que nem sempre são proporcionadas, de modo que a simulação se torne rica em aprendizagem. Isso pode ocorrer desde que as etapas sejam desenvolvidas com compromisso e abertura, a fim de sedimentar conhecimentos.

Destaca-se, ainda, que o cuidado com a identificação adequada dos recursos facilita a manipulação dos materiais durante o cenário, e acaba sendo exemplo de condição para a segurança do paciente. Da mesma forma, o enfermeiro deve perceber e refletir sobre a importância de conhecer e organizar os recursos em sua unidade de trabalho, visando o bom desempenho de toda equipe.

A seguir, apresentam-se alguns depoimentos que demonstram a falta de atenção no momento do *briefing*, que pode dificultar a aprendizagem dos participantes.

Quando eu participei da simulação o instrutor não fez orientações prévias. Só disse “tem que fazer isso aqui” e só. Faltou instrução, esclarecer qual o objetivo, e dizer o que nós íamos aprender com isso, faltou muito. Isso nos assustou (P01).

Mostraram onde estavam as coisas, para que servia cada coisa, mas achei que não foi suficiente. Faltou estar mais sinalizado porque o ambiente era desconhecido e o cenário complexo (P07).

Por outro lado, algumas instituições de saúde desenvolvem a simulação no próprio espaço físico do cotidiano de trabalho, o que beneficia os profissionais que já estão familiarizados com o ambiente, torna a experiência proveitosa e possibilita melhorar a qualidade da assistência.

Atrapalha quando não sabe ou conhece o ambiente. Mas já fiz simulação na própria sala de emergência de onde eu trabalho. Isso foi bom, porque eu conheço tudo, o ambiente era conhecido e os funcionários estavam envolvidos com a simulação (P06).

Eu gosto de fazer simulação no próprio lugar de trabalho. Você põe o boneco e faz a simulação na unidade. Faz e discute os pontos com a equipe. Na unidade é mais fácil porque os funcionários já sabem onde as coisas se encontram, e o que deve fazer e já estão ambientados (P09).

Na educação que emprega essa estratégia, a simulação *in-situ* é conduzida no ambiente clínico real, permitindo aos profissionais de saúde aprender e desenvolver experiências em seu próprio local de trabalho, seja utilizando um simulador de paciente ou um ator. Segundo Hssain, Alinier, Souaiby (2013), esta modalidade é considerada de alta fidelidade pela realidade ambiental e psicológica.

Os autores também apontam que utilizar os próprios recursos do setor e realizar a simulação dentro das condições de trabalho diárias pode ser uma opção em situações nas quais não há uma localização física permanente para realizar treinamentos, além de requerer menores custos.

Realmente são muitos os componentes dados como essenciais e que devem fazer parte da simulação. Alguns foram levantados de modo indireto pelos participantes deste estudo, o que indica que o facilitador deve realizar uma autoanálise.

5.2.1.3 Autoavaliação mediante o uso do vídeo

Na estratégia da simulação, quando possível, utiliza-se como recurso o vídeo, que tem múltiplas finalidades e pode ser direcionado individualmente a cada

participante, para autoavaliação, e também ao grupo, para obtenção de esclarecimentos e novas indagações, dando suporte para discussões ou diálogos entre os mesmos.

A autoavaliação leva a um processo de metacognição, por meio do qual o indivíduo desenvolve um olhar crítico e consciente, torna-se capaz de analisar o próprio percurso e refletir sobre ele, reconhecer o que e como aprendeu, identificando o que ainda não sabe.

Este processo de autoavaliação possibilita ao aprendiz maior autonomia sobre o seu processo de aprendizagem, uma vez que permite gerenciar seus próprios comportamentos, pensamentos e sentimentos. Isso contribui para o seu desenvolvimento, trazendo à consciência aquilo que deve aprimorar para melhorar a assistência no cuidado.

Esta autoanálise favorecida pelo vídeo pode contribuir para a construção do conhecimento e a reconstrução dos saberes adquiridos, para identificar deficiências, pontos fortes e potencialidades.

Desse modo, o vídeo pode servir de apoio para que o participante e membros do grupo analisem e compreendam possíveis insucessos, bem como os êxitos alcançados, além de permitir confrontar os resultados obtidos com os esperados.

Seguem algumas falas que demonstram a percepção da simulação como meio de clarear a autoavaliação do enfermeiro.

Eu me avalio, e vejo que preciso melhorar. Uma avaliação minha mesmo [...]. E a simulação permite isso (P10).

A gente começa a pensar da seguinte forma [...] nossa eu estou prestando uma assistência eficaz? A gente começa a se autoavaliar e percebe que mesmo trabalhando no atendimento no dia a dia não estamos preparados (P05).

[...] oportunidade de refletir, de entender um pouco mais sobre você. Fica como se fosse uma análise, autoavaliação. A simulação permite uma autoavaliação [...] (P11).

[...] essa autorreflexão é importante. Também, percebi uma limitação que eu tinha, porque me fez pensar, me ajudou a pensar o que devo melhorar. Foi positivo (P04).

A simulação tem caráter dinâmico e integrativo, permite construir uma ponte entre o saber anterior e o aprendizado posterior a ela a partir da gravação do desempenho do participante no cenário. Essa realidade confere ao aprendiz a possibilidade de mudança de postura em relação ao seu exercício profissional, no que cabe ao atendimento do paciente e relacionamento com seus pares, na medida em que promove uma ampliação contínua e gradativa de conhecimentos no âmbito individual e coletivo.

Desse modo, a tecnologia presente na simulação tem se mostrado preciosa para os aprendizes, principalmente quando utilizada com o propósito de efetuar uma autoavaliação, destacando-se que as experiências individuais devem ser socializadas sem julgamento, com base no entendimento de que existem várias dimensões do aprender inseridas no aprendizado que se pretende alcançar.

O recurso do vídeo para a revisão dos eventos ocorridos no cenário é amplamente utilizado como apoio para beneficiar o *debriefing*, todavia, é importante ressaltar que os registros da literatura não comprovam sua eficácia para a melhora no desempenho de habilidades técnicas e não técnicas.

Dentre os poucos estudos encontrados em que o uso do vídeo no *debriefing* foi comparado ao *feedback* sem a utilização da gravação, um estudo não demonstrou benefícios na melhora do desempenho dos profissionais quando utilizado em treinamento de reanimação neonatal baseado em simulação. Neste estudo, o vídeo foi reproduzido na íntegra, servindo de apoio para a discussão dos pontos relevantes e para destacar lacunas no desempenho dos participantes. Porém, não houve diferença significativa no desempenho geral do grupo que participou da discussão utilizando o vídeo quando comparado ao dos participantes do grupo conduzido apenas pelo *debriefing* oral (Sawyer et al., 2012).

Em uma publicação de revisão sistemática de estudos que abordaram o *debriefing* na educação de profissionais de saúde por meio da simulação, verificou-se que, na maioria dos estudos, os aumentos significativos obtidos nos resultados educacionais foram alcançados sem *o uso da reprodução do vídeo durante o

debriefing, reforçando a ideia de que o vídeo não traz vantagens adicionais quando comparado às discussões sem o uso do vídeo (Levett-Jones, Lapkin, 2014). Este mesmo achado, foi confirmado por Garden et al. (2015) em estudo de revisão sistemática mais recente.

Embora não haja evidências científicas de sua eficácia, Motola et al. (2013) argumentam que a possibilidade da gravação de áudio e vídeo durante a execução do cenário favorece a autoavaliação dos participantes no momento da discussão, pois servirá para recordar ou ilustrar um evento crítico que eventualmente o próprio participante não tenha percebido ou algo que não se lembre de ter dito ou feito.

Este ponto foi confirmado pelas declarações dos enfermeiros participantes desta pesquisa, os quais apontaram que rever as imagens do próprio desempenho é percebido como uma oportunidade de “se enxergar” e promover reflexões acerca da própria conduta e de seus desdobramentos.

Fazemos coisas que depois não lembramos ter feito, e quando revê isso numa filmagem ou alguém relembra você fez isso, você fez aquilo, percebo que às vezes faço algo e nem tinha me atentado no que fiz (P04).

É legal a pessoa se enxergar lá, para ela ver como estava. A sua posição, postura (P03).

Quando voltamos para a sala de discussão e assistimos o vídeo, vemos que poderia ter melhorado tantas coisas [...] e observamos que esquecemos de fazer coisas básicas (no cenário) que não deveríamos ter esquecido (P07).

Achei ótimo mostrar trechos do vídeo. Porque daí eu consigo levantar os meus pontos de acerto e de melhoria e também da minha equipe. Isso promove uma reflexão para que na próxima situação eu consiga agir de maneira diferente e melhor, superando as dificuldades que eu tive na situação anterior (P14).

Você se assistir é um bom jeito de corrigir o que fez errado, porque percebemos que poderia ter feito de outra forma, ou ter ido mais rápido ou ter me colocado melhor perante o grupo e aí acho que é um bom jeito

de você se corrigir, de se autoavaliar e tentar fazer o melhor depois (P07).

Ao ver o vídeo nós conseguimos olhar e perceber que esquecemos de conectar o oxigênio no ambu (bolsa-valva-máscara), não coloquei a prancha rígida, esqueci o gel nas pás. Coisas que na hora não percebemos porque ficamos muito ansiosos, e a gente não percebe [...] revendo o que a gente faz, fixa melhor (P05).

O facilitador pode aproveitar a reprodução da imagem selecionada para solicitar ao participante que comente primeiro e faça a sua autoavaliação, permitindo que ele próprio se expresse sobre sua atuação. Este momento também propicia ao educador uma oportunidade para avaliar a capacidade de autorreflexão do participante e verificar se ele é capaz de identificar seus pontos de melhoria (Borges et al., 2014).

Para outro autor, utilizar a gravação após o momento no qual os participantes descreveram o que aconteceu durante o cenário e tiveram a visão do todo ocorrido é benéfico, pois propicia que recordem o que estavam pensando no momento de determinada situação crítica e como se sentiram (Steinwachs, 1992).

Esta oportunidade de o participante rever sua participação o conduz a olhar seus sentimentos e reações.

Nossa eu assistindo vi que estava muito nervosa, não tinha como tomar decisões importantes naquela hora. Da próxima vez vou tentar me controlar, porque só atrapalhou [...] (P08).

Em determinado momento eu estava insegura, não sabia o que fazer e como conduzir a situação. Foi até bom que no vídeo eu pude rever isso, e me chamou atenção, porque quem está de fora deve ter percebido isso e eu revendo o vídeo também serviu para me chamar atenção para este ponto (P05).

A possibilidade de exibir novamente algum acontecimento também pode auxiliar a esclarecer controvérsias que possam ter surgido em determinada ação ou em determinado momento.

No curso foram reproduzidos os trechos e pontos principais, tipo tal cena fizeram direitinho, destacaram as coisas boas e tantos segundos vocês demoraram para chocar (desfibrilar). O vídeo provou que demoramos para aplicar o choque (P07).

Foram apresentadas algumas partes do vídeo para demonstrar se fez a técnica adequada e se a equipe trabalhou corretamente. Foi mostrado os pontos que deveriam melhorar nas compressões, sobre a posição da máscara e se usou a droga correta no seu tempo certo. Porque a memória das pessoas é curta, e às vezes elas têm a percepção de que fez de tal maneira, mas as outras que ficaram assistindo contaram que não foi isso que ocorreu (P08).

O uso do vídeo pode ainda ser vantajoso quando o *debriefing* não ocorre imediatamente após a simulação, auxiliando a recordar eventos, o que não seria possível somente com o facilitador conduzindo a discussão oralmente. Neste caso, cabe acrescentar que atualizar a memória de um fato específico permite aprofundar a análise sobre determinado desempenho.

Sawyer et al (2012) sugerem que pode ser benéfico reproduzir apenas trechos do vídeo, pois isso otimiza o tempo para os comentários e críticas dos participantes.

Entretanto, para dar sentido ao seu uso, a apresentação do vídeo deve estar alinhada com os objetivos do facilitador. A habilidade do facilitador para utilizar o vídeo e potencializar a aprendizagem parece ser importante, pois, quando mal-empregado, este recurso pode até prejudicar o desenvolvimento da discussão.

Savoldelli et al (2006), citados por muitos trabalhos de simulação, constataram em seu estudo que os participantes do *debriefing* conduzido com o uso do vídeo, tiveram melhora no desempenho menor quando comparados aos participantes que receberam somente um *feedback* oral. Os autores sugerem que a revisão do vídeo pode ter interferido no *feedback* dos instrutores, alterando o conteúdo da discussão, ou ter gerado uma sobrecarga de informações nos participantes ou, ainda, ter ocasionado distração, fazendo com que prestassem menos atenção aos comentários e às críticas construtivas.

Embora não esteja clara a forma ideal de se utilizar o vídeo, Fanning e Gaba (2007) sugerem que a reprodução de segmentos muito longos do vídeo pode reprimir a discussão de questões que permitem atingir os objetivos preestabelecidos e desviar

o foco da sessão de esclarecimento. Portanto, os eventos relevantes ocorridos durante a simulação e que merecem ser retomados na discussão devem ser marcados pelo facilitador durante a execução do cenário, com o registro do momento exato da ocorrência. Isso facilita sua apresentação no *debriefing*, evitando a reprodução de segmentos desnecessários, o desperdício de tempo e a distração dos participantes.

As falas abaixo retratam simulações nas quais o educador utilizou o vídeo para ressaltar eventos importantes, que serviram para fomentar a discussão.

Na discussão a instrutora pegou os pontos importantes quando voltamos do simulado, mostrou trechos do vídeo e trabalhou sobre os pontos que faltaram. Coisas básicas de ventilação, como colocar a tábua que faz a diferença, tempo das drogas. Aí, ela discutiu em cima do que assistimos e ficou mais claro (P05).

[...] foi retomado alguns pontos no vídeo. É importante relembrar para entender o que não foi feito adequadamente, ou se fez e foi bacana, memorizar pontos positivos e de melhorias que todos poderiam desenvolver. Também, foi abordado a parte comportamental e muitas vezes temos vícios quando nos comportamos. No vídeo conseguimos ver muitas coisas, até a maneira como falamos. É um recurso bacana que permite ver o que a gente fez. Com isso, pudemos discutir e refletir sobre o que fizemos, porque mesmo fazendo várias vezes ainda tem coisas para melhorar (P08).

Além de ressaltar os pontos críticos e identificar as melhorias necessárias, o vídeo também é um recurso útil para enfatizar os aspectos positivos do desempenho, reforçando as boas práticas.

Esses benefícios aqui discutidos são provavelmente difíceis de mensurar em estudos, por conseguinte, acabam não sendo enaltecidos. Contudo, o vídeo pode contribuir efetivamente para facilitar o aprendizado e melhorar a qualidade do *debriefing*.

Caso o local não possua equipamentos para a gravação de som e imagem, outros recursos tecnológicos portáteis podem permitir a gravação do cenário. Evidentemente, é imprescindível fazer as gravações somente com a permissão dos

participantes do cenário, a partir dos esclarecimentos dados aos mesmos, com ênfase na finalidade e no compromisso de não serem utilizadas para outros fins.

As falas abaixo demonstram a satisfação dos participantes e a importância deste recurso, justificando o uso do vídeo no momento da discussão.

Quando fazemos as coisas, às vezes agimos no piloto automático, sem saber o que estamos fazendo. Isto porque fazemos tantas vezes que não nos percebemos. Aí, vemos e pensamos: não acredito que fiz isso, eu não cumprimentei o doente, não acredito que não tirei o travesseiro, isto porque não focamos por inteiro no que estamos fazendo. Então, quando a imagem é colocada, a pessoa para e reflete: nossa eu fiz aquilo. Então, é importante. Se não tiver como gravar, tudo bem, mas não vai ser o ideal. O ideal é ser gravado (P11).

A gravação é a melhor coisa. Porque é muito difícil conseguir se enxergar, então acaba sendo uma forma de perceber como as pessoas também estão me vendo. É uma forma de se ver de fora, saber como nos comportamos, porque ali estamos vivendo o momento e tomando as decisões. Quando assistimos a retrospectiva do todo no vídeo, temos uma ideia geral do que temos que melhorar e do que fizemos bem. É uma das melhores maneiras de se avaliar, tem que ter esse recurso (P10).

Rever a própria postura e determinado procedimento sendo realizado ou simplesmente deixado de ser feito é uma oportunidade para fomentar a discussão e desencadear a autocritica e as reflexões do profissional, o que pode culminar num melhor desempenho ao deparar-se com situação similar no futuro. A partir daí, o profissional identifica o que precisa aprender e melhorar. Como exemplo, um enfermeiro relata que a simulação o fez perceber a importância de manter a organização no trabalho em equipe durante o atendimento ao paciente, e que hoje está muito mais atento a este aspecto, procurando preparar a equipe para uma atuação adequada.

Falhamos enquanto equipe. Mas daí, revendo isso (a simulação), eu vi as etapas que eu não consegui fazer e foi explicado. Agora quando tiver uma situação semelhante, eu vou estar bem mais preparado (P04).

Aprendi muito com isso para não cometer os mesmos erros numa futura ação, com um paciente. Faltou melhorar mais a organização entre nós, equipe, isso não pode acontecer na realidade. A gente se perdeu. Eu levei isso comigo e hoje preparo melhor, eu e minha equipe. Um dos aprendizados foi que precisamos manter a organização (P04).

Eu percebi que no instante que nós deveríamos entrar com o choque (desfibrilação) a gente estava medicando, foi errado. Foi bacana porque depois discutimos isso. Percebi a falha depois, revendo o caso e discutindo (P04).

Existem dúvidas sobre em que momento do *debriefing* se deve utilizar o vídeo e de que modo, se na íntegra ou em trechos. Não está claro na literatura qual a melhor maneira e momento de utilizar os vídeos na discussão, logo, são necessárias mais pesquisas que descrevam a utilização das gravações obtidas no cenário de simulação e seus benefícios, a fim de orientar a melhor forma de integrar as cenas selecionadas ao *debriefing* e potencializar o uso do vídeo na educação.

5.2.1.4 Aspectos metodológicos do *debriefing*

Aprender com a experiência é extrair de uma situação algo que tenha valor de lição. Para tanto, o momento de discussão é ideal, pois propicia o reexame coletivo do que foi feito e a ocasião para um retorno reflexivo que possa favorecer mudanças na prática clínica.

Esse momento de discussão e reflexão em grupo é denominado *debriefing*, sendo recomendado que integre todas as experiências de aprendizagem baseadas em simulação (Levett-Jones, Lapkin, 2014).

Para Konia e Yao (2013), o *debriefing* é visto como o componente mais importante e vital da simulação, ocorrendo após a experiência simulada, sendo parte fundamental do processo de aprendizagem pela oportunidade que proporciona aos aprendizes de reexaminarem o cenário clínico por meio de uma discussão reflexiva.

Entretanto, nem todos os indivíduos são naturalmente capazes de analisar suas experiências e atribuir sentido à aprendizagem por conta própria. Nesse sentido, a mediação da discussão por um facilitador exerce um importante papel para a

mobilização do conhecimento ao auxiliar o educando a construir sua reflexão, compreensão e representação mental da situação proposta por meio do cenário.

Levett-Jones e Lapkin (2014) referem que o *debriefing* também pode ocorrer sem a presença de um facilitador, quando os próprios participantes conduzem a reflexão a partir dos pontos fracos identificados mediante autopercepção.

Em uma pesquisa comparando o *debriefing* guiado por um facilitador com outro grupo de estudantes de enfermagem sem a presença do facilitador na discussão, o grupo conduzido pelo facilitador demonstrou melhor desempenho de habilidades psicomotoras em treinamento envolvendo ressuscitação cardiopulmonar, maior satisfação com a experiência simulada e maior nível de qualidade quando comparado ao que realizou o *debriefing* autoguiado (Roh, Kelly, Ha, 2016).

Neste estudo, identificou-se, na experiência dos entrevistados, que o facilitador tem um importante papel na mediação da discussão. Ressaltam que os grupos para discussão formados por um número menor de pessoas favorecem a participação de todos, pois as pessoas se sentem mais à vontade, ficam menos inibidas para expor suas opiniões e experiências.

O participante (P13) declarou que em um grupo menor sente mais liberdade para interagir.

Em geral, grupo de 10 pessoas é melhor. Porque em grupos menores todos conseguem participar de forma efetiva, se sentem mais à vontade, sem se sentirem expostos. Em um grupo maior, a pessoa pode se intimidar a falar e expor a sua ideia (P13).

São comuns estudos descrevendo a organização de grupos com aproximadamente até 15 participantes num *debriefing*, sendo a relação de um facilitador para este número de participantes (Sawyer et al., 2012).

Steinwachs (1992) já referia que é difícil atingir uma boa discussão em grupo quando se tem mais do que 20 a 25 pessoas. Nesta situação, é recomendável utilizar outras estratégias que permitam maior integração entre as pessoas, tornando o ambiente mais participativo.

Espera-se do facilitador um incentivo à participação ativa dos indivíduos na discussão, no sentido de favorecer que estes analisem seu desempenho por conta própria, exercendo a autocrítica e interagindo uns com os outros. Esta abordagem centrada nos participantes é fundamental para que cada um reconheça os pontos a serem melhorados a partir de suas reflexões pessoais e possa assim transferir esse conhecimento para a prática profissional.

Grupos mais amplos, que possuem um número maior de participantes, podem ser subdivididos em grupos menores para a discussão, permanecendo um facilitador em cada grupo (Fanning, Gaba, 2007). Entretanto, esta estratégia pode ser limitadora, pois requer um número maior de educadores disponíveis, além de maior espaço físico para alocar cada grupo em um ambiente separado.

Jeffries e Rogers (2007), recomendam que o *debriefing* deva ocorrer em uma sala separada, confortável e privada, para que os participantes se sintam à vontade, tornando o ambiente propício para reflexão. Neste momento os participantes são encorajados a explorar suas emoções, expor seus questionamentos e trocar experiências com os demais membros do grupo.

Outra opção descrita para quando se tem um grupo maior de participantes é a divisão de subgrupos em uma mesma sala, nos quais se pudesse iniciar uma pequena discussão entre as pessoas do grupo menor, favorecendo a oportunidade para cada indivíduo expor suas reflexões. Em seguida o facilitador poderia intercalar a discussão de cada subgrupo com discussões envolvendo todos os grupos (Steinwachs, 1992).

Diversas maneiras de condução do *debriefing* podem ser utilizadas, desde que permitam explorar e compartilhar as experiências dos participantes, incentivando suas reflexões e lhes possibilitando aprender uns com os outros. Nesse sentido, o ambiente deve ser integrador, e aspectos como o posicionamento dos assentos em círculo e a postura do facilitador perante os participantes podem favorecer o clima de proximidade e a discussão em equipe (Decker, 2007).

Quando posicionadas em um círculo, as pessoas enxergam umas às outras, fazendo com que se sintam ao mesmo tempo como um grupo e como um membro, uma parte dele. Sem isto é impossível haver um bom diálogo em grupo (Steinwachs, 1992).

Outro fator que pode favorecer o desenvolvimento da discussão é o facilitador estar inserido entre os participantes, no mesmo plano, a fim de contribuir para que não haja hierarquias e ser percebido como um componente para mediar a discussão de modo a enriquecer a todos os presentes igualmente. Sendo assim, o educador pode sentar-se junto aos participantes, evitando permanecer isolado ou em pé durante a discussão.

Os enfermeiros sugerem em suas falas que discussões muito breves são insuficientes para promover a interação entre as pessoas, e se restringem ao apontamento de erros e acertos, sem espaço para explorar e refletir sobre os assuntos que surgem. Isso impede que os participantes encontrem a resposta para suas dúvidas ou alcancem suas conclusões de como seria o atendimento adequado. Um tempo maior possibilita ainda explorar questões comportamentais, emocionais, relacionais e dificuldades que envolvem o atendimento ao paciente.

Teve a discussão, mas a maioria foi mais rápida. Bem assim “você errou nisso e acertou aquilo”. Muito pontual. Não teve interação grande, a discussão foi muito curta. O retorno é pequeno. Eu acho que a gente acaba querendo um retorno maior mesmo, do que foi feito para a gente ter uma noção do atendimento, se está certo. Como a gente pode ter isso na prática (este tipo de atendimento), a gente quer um retorno maior mesmo. Precisamos descobrir como deveríamos ter procedido na simulação (P06).

Por exemplo, dez minutos de simulação e dez minutos de discussão é um tempo curto, porque tem muito conteúdo a ser discutido. Não pudemos prolongar muito na discussão, senão não ia dar tempo [...] (P02).

[...] a discussão durou mais ou menos 7 minutos, ou acho que nem isso. Gostaria que pudesse ter tido tempo para falarmos sobre as questões relacionais que ocorreram na simulação (P03).

Em geral, o cenário apresenta uma breve duração (aproximadamente dez minutos) quando comparado ao tempo reservado para a sessão de *debriefing*, tendo em vista o seu caráter de fomentar as discussões (Savoldelli et al., 2006).

É comum a discussão ter duração de aproximadamente 20-30 minutos (Sawyer et al., 2012; Decker, 2007). Entretanto, Garden et al. (2015) ressalta que o *debriefing* deverá ter duração suficiente para alcançar uma discussão significativa, geralmente pelo menos tão longa como a simulação.

Outros autores reforçam esta ideia ao mencionar que a qualidade do *feedback* independe de sua duração, mas este precisa ser claro e objetivo, e despende tempo suficiente para despertar a reflexão do aprendiz, pois somente desta maneira pode vir a modificar algum comportamento. O tempo de discussão deve ser suficiente para identificar os pontos fracos e ajudar a criar alternativas para superá-los (Borges et al., 2014).

Caberá ao mediador estabelecer e controlar o tempo para cada fase do *debriefing*, evitando que os participantes se prolonguem apenas em um aspecto durante a discussão. Geralmente as sessões de esclarecimentos não são rigorosamente limitadas ao tempo, mas pode-se propor o foco em quatro a seis pontos relevantes para críticas e discussões ao planejar o tempo para o *debriefing* (Savoldelli et al., 2006).

Alguns enfermeiros relataram participar de estratégias nas quais foi permitido que o momento de discussão fosse mais amplo e mais proveitoso.

O debriefing durou mais do que o atendimento, pudemos opinar até sobre questões comportamentais (P11).

Aconteceu 10 minutos de cenário e 20 a 30 minutos de debriefing. Foi possível discutir mais e esclarecer todas as dúvidas (P13).

O facilitador deverá prever o tempo de duração do *debriefing* de acordo com o objetivo e a profundidade da discussão que deseja atingir. No entanto, uma discussão mais longa permitirá aos participantes explorar aspectos diversos da experiência simulada, desde expor seus sentimentos e emoções até perceber o tempo necessário para a análise e descobertas importantes sobre os problemas ocorridos.

Além disso, é necessário permitir pausas, para que os participantes possam refletir, reformular e absorver as ideias. Sem um tempo apropriado, o facilitador pode

se limitar a breves explicações técnicas e conceituais e impedir um *feedback* construtivo sobre o desempenho, o que compromete a proposta metodológica da simulação.

O olhar sobre a importância do *debriefing* é compartilhado por um participante da simulação, ao mencionar sua percepção do momento reservado para a discussão:

A discussão é importantíssima porque vai me fazer refletir sobre a prática, se está adequada, o que vou precisar melhorar, o que eu podia ter aproveitado melhor. E aí, isso me faz refletir (P14).

Muitos educadores equivocados consideram o ato de simular um contexto como o momento mais importante da estratégia. Entretanto, simular sem possibilitar a discussão reflexiva em seguida não faz valer a potencialidade da metodologia de contribuir para a aprendizagem.

Para Konia e Yao (2013), o facilitador assume um papel que vai além de estruturar um caso clínico, ele é fundamental na função de guiar os participantes para uma reflexão mais sistemática acerca do evento.

A fala abaixo expressa esse contexto:

O conhecimento é transmitido de forma simples, sem forçar, fluindo, e a gente compreende. Ela (facilitadora) tinha muita paciência, retomava a dúvida e perguntava se tinha esclarecido. Dessa forma, conseguíamos fixar melhor (P05).

Borges et al. (2014) consideram que o *debriefing* consiste em uma modalidade particular de *feedback*, na qual o aprendizado é gerado pela reflexão sobre o desempenho, individual ou em grupo, após a realização de uma determinada tarefa, sendo também chamado de reflexão “pós-experiência”. A repercussão desta comparação entre o resultado observado com aquele que realmente era esperado, somada às reflexões oriundas desta oportunidade, servirá para melhorar o desempenho do indivíduo ou da equipe.

A discussão é importante porque um começa a ver que faltou [...] e o outro fala “também faltou aquilo...”, “mas ele fez tal coisa...” e assim a assistência é vista de diferentes olhares ao mesmo tempo (P05).

Depois da simulação a gente discute sobre a cena que ocorreu, cada um fala o que poderia ter melhorado para contribuir no atendimento, aí a gente percebe se tivesse melhorado tal coisa, o atendimento poderia ter sido melhorado [...] e aí conforme a gente vai discutindo a gente monta na cabeça o que é o certo e a sequência correta que deveria ter ocorrido (P07).

Flato e Guimarães (2011) ressaltam que, quanto mais complexo for o cenário da simulação, como treinamento em equipe, manejo em situações críticas e comportamentais, maior será o benefício da realização do *debriefing*.

Geralmente a discussão é realizada imediatamente após à simulação, o que é recomendado por Borges et al. (2014) ao mencionar que o *debriefing* deverá ocorrer o mais próximo possível da experiência simulada para evitar que detalhes importantes da observação do aluno e do educador sejam perdidos. Os mesmos autores também justificam que o *feedback* do facilitador pode contribuir no processo ensino-aprendizagem por fornecer informações para que o aprendiz perceba o quão distante ou próximo está dos objetivos almejados, permitindo a autoavaliação e a autorregulação do seu aprendizado e levando-o a se comprometer com os esforços necessários para reduzir a distância entre o que sabe fazer e o que é capaz de fazer.

A fala abaixo demonstra que o conteúdo discutido no *debriefing* fornece subsídios para o enfermeiro perceber o que necessita melhorar em sua prática profissional.

Depois discutimos os pontos a melhorar e o que saiu bem, pois é o que vai fazer nós aperfeiçoarmos, se precisar usar numa situação real (P10).

Depois da simulação fizeram o debriefing, o qual foi o momento para abordar pontos de melhoria, o que a gente poderia ter dito de uma maneira mais tranquila (na simulação) para aquela mãe, esperar ela (atriz que interpretava a mãe do paciente) falar antes, ver as necessidades dela [...] para realmente a gente melhorar a nossa comunicação com essa mãe (P08).

Segundo alguns autores, o *feedback* também pode ser dado durante a simulação (Motola et al., 2013; Walsh et al., 2009). Neste caso, o próprio simulador ou o ator inserido no cenário vai conduzindo o participante a perceber a necessidade de revisão de sua conduta terapêutica, e existe ainda a possibilidade de o facilitador interromper o andamento do cenário para prover instruções.

No entanto, quando o facilitador interrompe a simulação com certa frequência, interferindo no desempenho do participante que está atuando e desenvolvendo habilidades no decorrer da simulação, essa postura não é bem recebida. Permitir que o aprendiz conduza as atividades já previstas, possa ter falhas e, posteriormente, tenha espaço para refletir sobre sua conduta é importante. Isso possibilita que ele experimente diferentes situações e, a partir daí, gere autoanálises.

Há diversas abordagens utilizadas para o *debriefing*, mas alguns elementos são comuns à maioria delas. Coutinho, Martins e Pereira (2014) identificam as seguintes estruturas nos *debriefings* conduzidos pelo educador: a) apreciação dos participantes sobre a experiência clínica simulada; b) comentários com ênfase sobre as intervenções corretas desenvolvidas no cenário e suas justificativas c) pontos críticos relativos à experiência clínica simulada.

Frequentemente, o *debriefing* é dividido em três fases. Primeiramente ocorre a fase de reação emocional, para permitir aos participantes que se acalmem e liberem sentimentos fortes que podem interferir na discussão. Depois, há uma segunda fase de análise, para descobrir o que aconteceu e por que e, por fim, a fase de generalização, na qual se busca integrar a experiência da simulação com a prática clínica do mundo real para a melhoria do desempenho (Garden et al., 2015).

Em geral, na discussão, o facilitador favorece que os indivíduos percebam o que aconteceu e analisem como lidaram com a situação, o que ocorreu bem e o que poderia ser melhorado.

[...] gostei bastante dessa discussão. Ele (facilitador) chamou atenção para pontos de comportamento e conduta, achei interessante quando ele perguntou o que nós sentimos, quais foram as emoções [...] ele partiu para questão emocional, da interação, éramos em seis e a gente não se conhecia, então, o que eu gostei foi como ele olhou para mim, como pessoa [...] foram conversados os pontos de melhoria, o que faríamos diferente e o que poderíamos ter feito (P11).

Uma das atribuições do facilitador é controlar o tempo adequado para cada fase do *debriefing*, pois os participantes tendem a permanecer mais tempo na fase em que descrevem o que ocorreu, pela facilidade em relação às fases seguintes (Steinwachs, 1992).

Ao final do *debriefing*, o facilitador deve confirmar se todos os objetivos preestabelecidos foram explorados. Para tanto, deve solicitar que os participantes indiquem a principal mensagem que levam para casa, reservando um tempo suficiente para este momento de resumo das aprendizagens (Eppich, Cheng, 2015). Permitir aos alunos esta reflexão possibilita dar sentido à experiência da simulação, resultando em uma aprendizagem significativa que irá se traduzir para a prática clínica.

Recomenda-se que o mediador utilize perguntas abertas que iniciam com os termos *o que*, *como* e *por que*, no intuito de promover a participação dos integrantes e uma discussão de cunho mais profundo, conduzindo-os à descoberta de suas próprias respostas. Também é válido redirecionar questionamentos e comentários feitos pelos integrantes como forma de incentivar reflexões (McDonnell, Jobe, Dismukes, 1997).

A fala abaixo evidencia que, ao utilizar perguntas abertas, o facilitador abre espaço para os participantes inserirem suas colocações, dando oportunidade para refletir e compartilhar suas ideias com o grupo.

O pessoal ficou em outra sala assistindo a simulação em tempo real, depois ela (facilitadora) mostrou parte do vídeo e deixou aberto para o pessoal participar. Perguntou o que faríamos diferente, o que achávamos que faltou trabalhar e como poderíamos solucionar o caso [...] (P05).

Portanto, o facilitador necessita ter habilidade para conduzir o *debriefing* de maneira eficaz e dinâmica. Mas faltam guias práticos para nortear os educadores na condução de discussões envolventes, que sugiram frases representativas e que orientem possíveis escolhas formais para provocar reflexões críticas. Até para evitar que o educador inexperiente fique pensando na próxima pergunta a fazer, o que interfere na habilidade da escuta, tão importante para um *feedback* eficaz.

É importante focar como os enfermeiros educadores estão desenvolvendo o lado cognitivo e emocional da aprendizagem, de modo a conduzir e formular perguntas estratégicas que orientem os participantes a associar o processo da simulação ao contexto da situação apresentada, a partir de perguntas reflexivas, que possam interagir com a realidade dos enfermeiros.

Há evidências empíricas e limitadas para definir as habilidades dos instrutores e quais práticas devem ser incorporadas na sessão do *debriefing*. Garden et al. (2015) sugerem em seu estudo o uso de um roteiro para auxiliar o facilitador a fornecer o feedback e orientar a prática de um *debriefing* eficaz. Desta forma, os elementos essenciais da discussão serão abordados, seja o facilitador experiente ou novato, aumentando a aquisição de competências por meio do *debriefing*.

Roteiros podem direcionar as habilidades necessárias para cada fase do *debriefing*, orientam o facilitador sobre como incentivar a participação dos alunos e evocar as reflexões, além de identificar a estratégia mais adequada para a condução da discussão de acordo com o desempenho, visão e experiência dos participantes (Eppich, Cheng, 2015).

Cheng et al. (2013) constataram que o uso do roteiro como ferramenta de apoio para o educador durante o *debriefing*, principalmente quando se tem um facilitador novato e inexperiente, contribuiu para aumentar a aquisição de conhecimentos e competências comportamentais pelos alunos quando comparado com educadores que não utilizaram um roteiro como direcionador do *debriefing*.

Muitos educadores têm pouca ou nenhuma formação específica para conduzir um *debriefing*. Os custos elevados dos cursos para formação de *debriefers* e a própria escassez dessa atividade dificultam melhorar as habilidades para o *debriefing* (Eppich, Cheng, 2015).

Sem o devido preparo, os facilitadores podem proporcionar um *debriefing* inadequado, gerando um impacto negativo no conhecimento e na aquisição de habilidades dos participantes, além da insatisfação diante da estratégia da simulação. Portanto, o facilitador tem um papel fundamental na condução do *debriefing*.

5.2.1.5 Metodologia ativa ancorada na teoria e na prática

Simulação como um método de ensino é atrativo, pois proporciona experiências próximas do ambiente clínico real em que o profissional terá que atuar, com toda a sua complexidade, oportunizando aplicar e integrar conhecimentos, habilidades e atitudes. Requer do profissional repensar o já pensado, agora de modo contextualizado e analítico. Permite aprender de maneira ativa, por exigir que o participante ponha em prática o que sabe e olhe para o aprendizado de modo mais efetivo, no sentido de perceber efeitos em sua visão procedimental e integrar conhecimentos que facilitam a compreensão da experiência obtida, retendo-a em sua memória. Isso é reforçado quando o conhecimento adquirido se aproxima das situações vivenciadas no seu cotidiano de trabalho, contribuindo no desenvolvimento do profissional e preparando-o para atuar melhor em situações consideradas difíceis.

O aprendiz não encerra seu diálogo com a simulação no término de sua participação. E, sim, adquire condições para replanejar formas de investigar e estudar, visando seu crescimento pessoal e coletivo ao agregar novos conhecimentos, incluindo o âmbito da comunicação, em consonância com as relações norteadas pela própria simulação, que pode induzir o aprendiz a realizar articulações e sínteses cada vez mais complexas e também singulares, a partir da interação com outras disciplinas.

Estas possibilidades foram percebidas pelos enfermeiros deste estudo, que vivenciaram a simulação como estratégia de ensino.

A simulação é uma forma muito mais efetiva de aprender do que um treinamento só teórico. Só a teoria não é suficiente, porque se é algo que a gente não estuda com frequência, a gente esquece. Simular é vivenciar algo prático, que te expõe e fica mais registrado e gravado na memória. Você consegue absorver mais. É uma vivência que embora não seja com o paciente, marca muito, é uma imersão (P13).

[...] na simulação nos colocamos numa posição mais ativa. No momento da discussão (debriefing) ficamos todos numa posição de igualdade (P11).

Desempenhar uma tarefa dentro do cenário pode ser motivador para o participante da simulação por requerer envolvimento e imersão no contexto proposto.

Além disso, poderá despertar interesse por levá-lo a perceber que está colocando em prática o que já sabe.

A receptividade e a satisfação demonstrada por profissionais de enfermagem que participaram de treinamentos envolvendo a simulação expressam a importância desta estratégia no processo de ensino-aprendizagem e sua contribuição para a formação destes profissionais (Fonseca et al., 2012).

O aprendizado com simulação é mais interessante que assistir a uma aula, porque você está vendo e fazendo a prática, não é só realizar uma técnica de sondagem, por exemplo, você está num contexto diferente. O cenário te envolve, fazem uma coisa muito real (P03).

É bem interessante esse tipo de curso (com simulação). Deveria ter nas universidades porque eu acho que prepara melhor para trabalhar sob pressão, mais do que os cursos que não tem essa estratégia. Não é a mesma coisa que estudar um conteúdo lendo. Porque ali na simulação você está vendo um monitor (do paciente), exige você saber o que tem que fazer, tem algumas coisas que só realizando para não esquecer depois [...] (P02).

Eu gosto da simulação porque tem alguém ali controlando na cabine. Por exemplo, não tem ninguém me dizendo que os parâmetros no monitor está alterando, e isso me faz raciocinar. Diferente do conteúdo quando eu estou lendo [...] já, lá (na simulação) eu estou na situação, realmente parece uma situação real. Me faz raciocinar como profissional, estou vendo um monitor, estou vendo o meu paciente e como ele interage. Isso possibilita ligar mais à realidade (P14).

Acredito que esta prática que acontece na simulação é primordial. Esse cenário se aproxima bastante do cenário do cotidiano. Trabalhávamos em equipe e isso agregava algo mais amplo que só a teoria, englobava tudo (P10).

Costa et al. (2015) referem-se à simulação como uma metodologia ativa, que estimula a participação efetiva do aprendiz e dos educadores na construção de saberes, superando metodologias tradicionais de ensino. Por possibilitar a repetição exaustiva, bem como a imersão em cenários próximos a realidade, a simulação ainda

proporciona a prática reflexiva, a ressignificação da aprendizagem e a construção de novos conhecimentos, contribuindo, desta forma, para uma formação profissional mais próxima das necessidades existentes na sociedade atual.

A possibilidade de trabalhar a mesma informação várias vezes durante o cenário e na discussão auxilia a memorizar o conteúdo. A razão que o profissional atribui ao fato de ter realizado ou deixado de cumprir algo na simulação serve para não esquecer de realiza-lo numa situação real e favorece levar esse aprendizado para a prática clínica em seu cotidiano.

Na simulação colocam (os facilitadores) tanto na sua cabeça que não esquecemos das etapas numa situação real. Porque foi pontuado várias vezes [...] a repetição, acho que ajuda a gravar (memorizar). Só contribuiu (P06).

Eu pego no pé da minha equipe, por exemplo, que numa parada cardíaca quem prepara a medicação administra, se você repete isso constantemente na simulação, a pessoa tende a adotar isso na prática (P01).

Sendo assim, entende-se que a simulação pode ser utilizada como uma estratégia para diversificar e complementar a aprendizagem e o desenvolvimento de conhecimentos dos profissionais, considerando os aspectos bioéticos, legais e, sobretudo, a segurança dos pacientes.

Uma estratégia de aprendizagem que considera a capacidade reflexiva do aprendiz, visando prepará-lo para o exercício profissional e possibilitando o agir com autonomia. Nesse sentido, é importante que o profissional reconheça seus valores e saiba também como melhorar seu trabalho para atuar com segurança e mais propriedade.

A gente vai agregando conhecimento por isso não podemos cessar a busca, os estudos na saúde... praticar, porque tudo muda constantemente. Se praticar você está antecipando algo que pode acontecer mais tarde. Aqui você pode errar (P04).

Quero buscar novos conhecimentos praticando, porque acho que a excelência vem por meio da prática, quanto mais faz, melhor fica. E se tiver a oportunidade de praticar... Eu estou aprendendo muito. Porque eu aprendo fazendo e tocando (P04).

Eu estava desempregado quando fiz os cursos. E tudo que aprendi com a simulação vou usar. Eu coloquei na minha cabeça, uma vez por mês quero fazer um curso para me atualizar, para ser um profissional qualificado e melhor. Você consegue ser melhor (P05).

Fico animado quando um técnico (de enfermagem) pergunta algo para mim e consigo orientar e ensinar. Isso é muito bacana e gratificante (P05).

Treinando com coisas realísticas pra mim, chama atenção. Como participante é o que eu mais gosto de fazer (P09).

Quando fui fazer simulação não imaginava que ia ser tudo isso, foi completo. Quero fazer outros (P10).

Depois dos cursos com simulação, se eu ficava um mês sem fazer um curso, eu já me cobrava e sentia falta (P13).

Simulação é uma metodologia ativa. Requer que também se tenha um olhar singular para a dimensão da relação entre teoria e prática, para fatos que contenham relevância para rever conhecimentos práticos e levem à reelaboração do fazer ante a reflexão sobre a própria ação. Faz pensar em como agir sobre a reflexão já realizada, recontextualizando a conduta do aprendiz com a intenção de transformar aquilo que deve ser modificado, em prol da melhoria da assistência em situações concretas. Tudo em direção ao alcance de uma autonomia que confira ao aprendiz a condição de reconhecer experiências significativas, identificar que a partir da situação vivenciada foi possível reconstruir sua própria prática, advinda de seu crescimento como pessoa e como profissional.

Estas experiências devem ser compartilhadas entre profissionais e aprendizes, ao mesmo tempo em que seria salutar que estes confiassem naquilo que sabem, pois,

quanto mais se aprofundarem em um tema ou assunto, mais poderão aprender e, assim, trocar saberes com seus pares.

Ao unirmos teoria com a prática, favorece absorver e integrar os conhecimentos, ficando mais fácil aprender. Se fosse só a teoria, não iria contribuir tanto para quando ocorrer uma situação de verdade. A simulação acaba dando uma sensação de situação real (P10).

Enquanto era aluno, é como se tivesse todas as pecinhas do quebra-cabeça na cabeça. Agora temos todo o conhecimento (teoria), mas na simulação ele se vê aplicando tudo aquilo que sabe, é como se juntassem as peças. Tudo fica mais claro. Foi o que eu senti em algumas situações (P12).

É diferente de estar em sala de aula só assistindo, e depois quando estamos na prática, no dia a dia, vamos lembrar daquilo que aprendemos. Na simulação temos teoria e prática ao mesmo tempo. Então, você não esquece mais o que você aprendeu (P02).

Quando aprendemos uma técnica na teoria, descrevemos perfeitamente, mas precisamos fazer na prática. Porque tem procedimentos que se não for feito na prática, não podemos afirmar que sabemos fazer. A simulação dá a chance de fazer dentro de uma situação. Acho muito bom (P02).

Todos nós, antes de irmos à prática, aprendemos técnicas no âmbito teórico, mas precisamos “colocar a teoria em prática”. Os procedimentos devem ser desenvolvidos na prática, quanto mais melhor, até o profissional aprendiz ter confiança suficiente para dizer “eu sei fazer esse procedimento com precisão e segurança”.

Na simulação, as técnicas utilizadas em uma situação são vivas, fazem sentido, porque são desenvolvidas dentro de um contexto que responde os objetivos propostas. A simulação possibilita o surgimento de cenas propícias para que se veja o que cada um aprendeu ou assimilou em determinada situação. O saber é construído de modo processual, mas isso obriga que a técnica deva ser executada de modo pontual e assertivo.

O aprendiz e o profissional, ao participar de uma simulação, devem já ter ciência do tema que será abordado. Com isso, podem rever pontos importantes da temática e articulá-los com a teoria e a prática, associando-os com conhecimentos já adquiridos desde o âmbito da comunicação na esfera clínica e comportamental.

Entretanto, é claro para os professores educadores que essa realidade ainda vem sendo consolidada pela identidade profissional da enfermagem. Bom seria que as pessoas que vão participar de uma simulação já estivessem providas de conhecimentos específicos a serem trabalhados durante a atividade. Desse modo, seria possível que o *debriefing* não ficasse sujeito às limitações decorrentes do saber teórico e prático sem sustentação do científico, o que pode interferir na preparação do aprendiz para assistir o paciente em seu espaço de trabalho na saúde.

É uma maneira de colocar em prática o que você sabe. A gente sabe que tem uma hora que você junta tudo o que aprendeu na teoria, com alguma coisa que você precisa aplicar. A simulação faz isso de uma forma muito boa. Ativa várias áreas do conhecimento, e na hora de colocar em prática a gente usa essa teoria como base para atender o boneco [...] (P02).

Na simulação a qual participei, o paciente chegou em situação crítica e foi piorando, tínhamos que resgatar a teoria e o que nós aprendemos para tentar salvá-lo (P04).

Com a simulação comecei a vivenciar tantas coisas, que ainda não tinha vivenciado na prática. Conhecia super bem a teoria, mas a prática não. A simulação me levou a uma antecipação das situações. Então, quando eu me deparava com uma situação (na assistência) eu já tinha vivenciado na simulação, fazendo me sentir mais segura (P12).

O aluno quando está no 3º/4º ano da graduação, fala: nossa eu já estudei tanta coisa, sei tanta coisa, mas como eu vou aplicar isso na minha vivência? Para que que exatamente isso tudo vai me ajudar na enfermagem, como isso vai me ajudar no dia a dia como enfermeiro. E a simulação responde essa dúvida, ajuda a juntar as pecinhas (os diversos conhecimentos) e perceber para que serve tudo o que eu aprendi. A gente aprende tanta coisa de anatomia, fisiologia, muitas vezes fica meio vago, e a simulação

ajuda nesse processo de juntar as peças e entender pra que serve esses conhecimentos (P12).

A simulação faz a ponte entre a teoria e a prática. Põe à prova se o profissional realmente assimilou o conteúdo teórico, pois exige colocar em prática o aprendizado adquirido previamente. Para cumprir a tarefa no cenário, ele precisa obrigatoriamente resgatar e relacionar os conhecimentos teóricos que traz consigo, ser eficiente e rápido, principalmente em um ambiente “carregado de demandas e com *n* necessidades”. Adquirir experiências em certas situações na simulação é algo positivo e ajuda o profissional a atuar com mais segurança em seu ambiente de trabalho.

5.2.1.6 Experiências e lembranças da simulação tornam-se memória viva

Todas as experiências que ficam na memória da pessoa, sejam positivas ou negativas, são importantes para algum momento de sua vida. Servem para reforçar algo bom e satisfatório e reconhecer o próprio potencial para realizar ou criar novas experiências. Ou, até mesmo, para aprender a se conectar com uma nova maneira de ser, uma vez que, a partir da aprendizagem (por meio da simulação), o aprendiz pode agir de outro modo naquilo que se permite e pode mudar em sua prática, podendo transformar a memória em uma agradável sensação de bem-estar, tornando-se, assim, mais sintonizado com as técnicas e, ao mesmo tempo, mais seguro ao assistir o paciente.

No caso de uma memória não tão positiva, a pessoa tem a oportunidade de se aperfeiçoar e aprender a seguir sem medo, deixando que o desenvolvimento de suas habilidades para o cuidado simplesmente aconteça do modo mais natural possível, sustentado pelos dados teóricos e científicos e, também, pelo compromisso que é inerente à sua evolução em seu processo de crescimento, de experiência profissional ou até mesmo como um eterno aprendiz.

Senti muito envolvimento, foi fabuloso, uma experiência que eu não esquecerei (P01).

Tem coisas que fizemos (na simulação) para não esquecer mais. Por exemplo, toda vez que entra um paciente (no pronto atendimento onde atuo) com dor

torácica eu lembro que não posso esquecer de monitorizar, oferecer oxigênio e puncionar uma veia. Tenho diretrizes para saber a ordem que tenho que seguir, o que fazer e que protocolos aplicar (P02).

É algo (a simulação) que não esquecemos mais. Lembramos depois. Por exemplo, eu trabalho num PS ginecológico, se chegar uma mulher em trabalho de parto, agora eu saberei como agir naquela situação, o que eu faria. Se já fizemos uma simulação, as imagens vêm na sua cabeça para tentar direcionar. Já aconteceu comigo (P03).

Foi uma simulação marcante, porque desequilibrou toda a equipe no gerenciamento de um conflito. Não esquecerei mais, agora já saberei como agir (P08).

Se esquecer de fazer alguma coisa (durante o cenário), mas discutir no debriefing, com certeza fica tão marcado que não vamos esquecer jamais daquilo que esquecemos no cenário. Na correria eu esqueci da prancha rígida no atendimento de parada cardiorrespiratória, uma coisa que é básica. E na discussão todos trazendo o que foi bom, o que poderia melhorar, ficou marcado para mim. Então, quando estiver atendendo numa parada, eu não vou esquecer jamais a prancha. Isso mexeu muito [...] (P13).

Vivenciar situações em um ambiente simulado, na visão do enfermeiro, contribui para enfrentar uma situação semelhante em seu cotidiano de trabalho. Isto ocorre porque, sentindo-se mais seguro, ele pode resgatar o que aprendeu e aplicar durante a assistência ao paciente. Entretanto, a fala acima reforça que discutir sobre o ocorrido após o cenário também contribui para consolidar a memória.

Da mesma forma, experienciar na simulação determinada situação que não ocorre frequentemente no cotidiano de trabalho, pode fazer essa situação parecer familiar e, ainda, levar o aprendiz a aproximar-se dos conhecimentos adquiridos nesta estratégia.

Às vezes a mesma cena que você fez lá na outra semana, na simulação, acontece no seu hospital, então, você lembra o que tem que fazer, porque você já fez e discutiu antes (P03).

Com certeza a simulação traz aprendizado. Porque às vezes não ocorre com frequência casos de emergência, aí se você simulou antes, no momento você vai saber o que fazer (P06).

Como eu não atuo diretamente sempre com o paciente, tem coisas que a gente faz menos e vai perdendo a “mão”, e com o curso de simulação já cheguei com mais conhecimento e segurança. Embora no cotidiano de trabalho não aconteça muito uma parada (parada cardiorrespiratória), eu acho que antes do curso eu ia ficar perdido, atropelando tudo (P04).

Diversos autores consideram a simulação como beneficiadora do aumento de autoconfiança dos enfermeiros, que se reflete no cuidar de seus pacientes na prática clínica (Kaddoura, 2010; Weiner, 2011; Baptista, Pereira, Martins, 2014).

As falas dos enfermeiros apontam que participar da simulação os prepara emocionalmente, o que pode ser traduzido por maior tranquilidade e segurança diante de uma situação incomum, provendo condições para o profissional vir a lembrar de como agir e tomar as decisões necessárias na sua prática profissional.

Tem coisa que você não vivencia diariamente e quando você faz simulação com vários temas, se acontecer o que você simulou, por exemplo, é bom [...] então, numa hora da realidade, ajo mais tranquila. Fico mais segura para atender o paciente no hospital (P03).

Numa hora que você precisa ajudar, numa situação de emergência, consegue resolver melhor. Porque você já passou por uma simulação, você lembra e consegue resolver tudo. Você não fica tão tensa e consegue resolver os problemas por já ter passado por situações semelhantes (P06).

[...] porque é muito importante fazer, para poder na prática se sentir mais seguro e atuar com segurança (P02).

A simulação permite propor “situações-problemas”, que implicam em delimitar um contexto de reflexão, criando desafios aos aprendizes para a realização de uma tarefa que requer raciocínio, tomada de posição e enfrentamento da situação, além

da mobilização de recursos nos limites do tempo, objeto e espaço disponíveis para realizar a tarefa. Exige um posicionamento do indivíduo e a coordenação de fatores para superar um obstáculo (Macedo, 2002).

Estas atitudes essenciais para enfrentar uma situação requeridas, inclusive, no cenário da simulação, foram relatadas pelos enfermeiros participantes.

A simulação ajuda a me planejar melhor, a ter um raciocínio clínico, agir mediante sinais e sintomas, ajuda a melhorar a minha prática (P14).

A simulação faz aprender a lidar com os recursos que temos no nosso hospital. Esse aprendizado torna mais fácil meu trabalho quando estou numa situação real, porque vou administrar o que tem disponível de outra forma (P10).

Ensina técnicas e também, habilidades comportamentais. Simulações ajudam demais a minha prática (P09).

O relato de um entrevistado demonstra, ainda, que o aprendizado durante a simulação o ajudou a assumir uma atitude proativa perante a sua equipe, organizando e realizando as tarefas necessárias para um atendimento eficaz.

Comecei a trabalhar após uma semana e no primeiro dia que eu fui conhecer a emergência presenciei uma parada (parada cardiorrespiratória). Como eu era novo, cinco dias na empresa, a tendência é você se afastar do atendimento e ficar assustado. Eu me lembro de tudo que foi abordado no curso. Cheguei na sala de emergência e falei, “onde eu posso ficar?, quem está no tempo? quem está na ventilação, nas compressões?”, como se fosse uma coisa cotidiana, e não era [...] aí, eu já fui assumindo as compressões, fiquei prestando atenção na equipe, na contagem do tempo e nas drogas, tudo como foi abordado e aprendi. Mesmo o curso tendo sido em pediatria, levei muita coisa, mesmo sendo um atendimento para o adulto. Essa parte da liderança eu assumi, foi bacana. Eu era novo, tinha tudo para ficar só no cantinho, olhando, mas eu cheguei e “arregacei” as mangas, a supervisora percebeu um diferencial em mim, porque mostrei determinação e competência e para mim foi ótimo (P05).

A simulação propicia ao enfermeiro ter uma noção da sua atuação como profissional de enfermagem em situações por ele nunca vivenciadas, imaginando o seu papel e ações num contexto semelhante. Ampliar suas experiências pode contribuir para o profissional ter consciência do que é necessário saber e buscar aprender.

As falas abaixo demonstram a percepção da contribuição da simulação para o dia a dia do profissional enfermeiro.

A simulação ajuda muito, porque vivenciar previamente as situações reais nos prepara para a realidade, e isso é muito bacana (P12).

Essas simulações são importantes porque a gente traz o que aprendemos para o dia a dia. Quando você passa por esses tipos de simulação, você aprende. Você lembra muito daquelas situações vivenciadas na simulação, até mesmo as dificuldades (P09).

Às vezes, você pensa assim, porque vou treinar isso se eu não vou atuar em sala de parto? Mas esses dias nasceu um bebê no PS, e eu tive que ir lá, porque eu estava mais próxima. Fui eu e o pediatra. Então, você pensa que não vai ver isso, mas chega e acontece. A gente ainda não tinha simulado, aconteceu o parto antes de fazer o curso com simulação. Seria melhor se eu tivesse simulado antes [...] depois do treinamento eu saberia agir frente a alguma complicação, me sentiria mais segura (P06).

Simulados, também trazem uma vivência, uma experiência. Por exemplo, se acontecer uma catástrofe eu sei hoje como procederia. Se não tivessem os simulados, se não treinássemos a gente nem teria noção para onde você iria (P09).

Ao ter a oportunidade de vivenciar determinada situação no cenário da simulação, o profissional adquire condições para melhorar e até mudar suas condutas percebidas como ineficazes no atendimento ao paciente.

[...] se acontecer no cotidiano, a gente pode lembrar do que fez na simulação e fazer o certo. Como foi feito

uma situação parecida, a pessoa vai lembrar e fazer igual na situação real (P11).

Certamente estas experiências podem contribuir para melhorar a qualidade da assistência e a segurança do paciente, por favorecer o desenvolvimento de um profissional melhor preparado.

Esta ideia é fortalecida pelo estudo de Raurell-Torreda et al. (2015), os quais sugerem que a aprendizagem baseada em situações pode favorecer a aprendizagem de estudantes e profissionais de saúde, preparando-os para a prática clínica, pois desenvolvem a habilidade de avaliação do paciente, entre outras.

As falas dos entrevistados abaixo demonstram o quanto a simulação pode contribuir para o desempenho do enfermeiro em sua atuação profissional.

Eu tive o privilégio de participar de simulações que me colocavam em situações que eu acabava vivenciando na minha prática profissional [...] era engraçado que às vezes eu fazia um simulado e naquela semana tinha uma ocorrência bem semelhante à situação, e aí o meu desempenho foi muito diferente e melhor. Tive sensação diferente, mais segura, pois já vivi isso, eu sabia o que estava acontecendo, eu conseguia avaliar e prever melhor o desenrolar da situação. Na emergência são situações diferentes uma das outras, por isso ter vivenciado na simulação algo parecido, contribuiu muito para atuar na situação real. Eu gostei (P12).

Onde trabalho tinha sempre workshops de procedimentos como cateterismo vesical, punção venosa e a gente mensurava os indicadores, acompanhava. Com os cursos de capacitação usando a simulação, começamos a perceber que a gente foi melhorando os indicadores. Às vezes o profissional trazia dúvidas no debriefing, que com certeza nós levamos para o nosso dia a dia (P13).

A percepção dos profissionais de que a simulação e o preparo da equipe de enfermagem podem alterar positivamente os indicadores de saúde fortalece o papel do enfermeiro como educador e incentivador da educação permanente. E a simulação pode também ajudar os gestores responsáveis pelas instituições de saúde a investir nessa estratégia como forma de alcançar maior qualidade e segurança na assistência.

5.2.1.7 Correlação entre liderança, trabalho em equipe e comunicação

Na área da saúde, a formação e a manutenção de uma equipe com múltiplos profissionais para atuar de forma integrada é desafiadora, pois agrupar diferentes processos de trabalho, acima de tudo, com respeito e valorização do conhecimento de cada profissional, vai além de reunir conhecimentos científicos, sendo fundamentais as habilidades interpessoais e individuais (Carmagnani, 2011).

Estas habilidades interpessoais podem ser desenvolvidas e dependerão em muito das oportunidades presentes na prática. Entretanto, é desejável que os enfermeiros possam iniciar o desenvolvimento de suas habilidades de trabalho em equipe e exercitá-las ainda durante a formação, para atuar junto aos pacientes e seus familiares de modo mais humanizado.

A interação com o outro é percebida pelos entrevistados como um aspecto importante no trabalho em equipe que pode ser trabalhado na simulação.

Percebi na simulação que as pessoas não têm facilidade em trabalhar com o outro. Quando reúne diversos profissionais e áreas, os participantes tem que se respeitar. O instrutor foi pontuando os pontos positivos do grupo e as pessoas visualizando que precisa ter um pouco mais de jogo de cintura para poder trabalhar em equipe. Acho que ter diferentes profissionais na simulação é bom (P08).

A simulação ajuda muito, a equipe começa a se comunicar melhor, a forma de trabalhar melhora [...] se eu souber qual é o meu papel dentro da sala de emergência, pode favorecer resultados melhores e o trabalho em equipe. Isso é trabalhado no curso (P02).

Desenvolvemos o trabalho em equipe (na simulação), interagimos com as pessoas ali, você vai aprendendo com eles. Eu levo para a minha vida profissional e vou multiplicando para os colegas que trabalham com a gente (P04).

A simulação é vista por diversos autores como uma estratégia importante por permitir que profissionais menos experientes desenvolvam a habilidade de trabalhar em equipe, bem como outras habilidades essenciais para cuidar, devendo fazer parte

de programas de desenvolvimento profissional de maneira contínua (Endacott et al., 2014).

Este mesmo olhar é compartilhado pelos enfermeiros entrevistados.

A simulação contribui muito para trabalhar em equipe. Na minha área de emergência o trabalho em equipe é fundamental. Na simulação isso fica muito evidente, precisa ter integração (P01).

Ali eu vi que você tem que ser responsável por uma função dentro da equipe, assumir um papel. Porque na hora que ocorrer um evento você já está preparado para assumir. Eu passei para minha equipe e dividi as funções, num trabalho organizado. A divisão dos papéis dentro da equipe é fundamental. O curso deu uma visão bem clara disso (P04).

A simulação é fundamental, pois as pessoas passam a perceber que um cenário simulado é igual a um cenário real. Cada um tem o seu papel e se cada um souber o seu papel e suas funções, bem definidas, vai ter um bom desenvolvimento em grupo (P01).

O trabalho em equipe foi legal porque cada um teve que fazer o seu papel; um ficou com o desfibrilador, outro responsável pela ventilação, outro pelas compressões e outro pela medicação. Conforme o andamento, o paciente foi agravando e fomos fazendo as ações [...] (P04).

Na visão dos enfermeiros entrevistados, a simulação tornou possível perceber a importância do trabalho em equipe e da organização como aspectos fundamentais da assistência, pontuando que todos devem assumir a sua função/seu papel, com respeito entre os membros, para a melhoria do atendimento, principalmente em situações de emergência.

Além disso, a simulação permitiu aos enfermeiros analisar como deve ser sua liderança, o direcionamento da equipe e a organização das tarefas entre os membros, levando essa experiência para sua realidade e presenciando, também, no cenário, como um líder não deve atuar quando trabalha em equipe.

Quando eu estiver atendendo e ocorrer um caso semelhante da simulação, eu vou saber quais providências tomar como enfermeiro. Direcionar a minha equipe, dividir a equipe para as tarefas, e continuar trabalhando em equipe (P07).

Eu sou o líder da emergência, eu tenho que saber isso. E o técnico de enfermagem precisa ser liderado, ele necessita ser comandado e orientado (P05).

Na simulação, a organização da equipe ficou a desejar. E isso não pode acontecer na realidade do dia a dia. Aprendi com isso e hoje preparo melhor minha equipe. Um dos aprendizados importante foi que precisamos manter a organização (P04).

Perceber o seu papel como líder de um trabalho em equipe para integrar as funções e ações de cada membro é condição fundamental para que o enfermeiro assuma a sua posição quando requerido. Da mesma forma que, ao participar de um atendimento simulado no papel de liderado, deve permitir ser conduzido, para que suas ações possam contribuir para uma assistência eficaz.

Neste processo de conduzir e ser conduzido, valorizar as relações e o respeito mútuo entre os membros de uma equipe é primordial para o trabalho coletivo.

Muitos colegas desconhecem que a função do enfermeiro é liderar, conduzir e organizar o trabalho em equipe. Muitas vezes ele não se dá conta, e neste curso “cai a ficha”[...] (P05).

É preciso ter alguém na liderança para poder conduzir o grupo que está participando. É preciso o líder para organizar o que cada um tem que fazer (P07).

O líder ao conduzir a equipe, quem é liderado não pode atropelar, senão as pessoas atrapalham a liderança dele [...] então, eles passaram muito isso, para prestar atenção no líder e manter uma relação de respeito (P06).

A simulação trouxe aprendizado que vai além da parte técnica, a necessidade de interagir com todos. É você

perceber o outro e entender a outra pessoa. Vai além da parte técnica (P11).

Quando você participa do cenário e cada um faz o papel de líder, a pessoa sente “na pele” como é então, a forma de se colocar com o colega que não fez algo adequadamente ou podia melhorar, muda (P03).

Atualmente, se faz necessário contemplar que:

A autonomia profissional representa um aspecto importante do trabalho no campo da saúde, pois as ações não devem ser executadas automaticamente, mas segundo avaliações fundamentadas no conhecimento profissional a fim de implementar a conduta mais adequada às necessidades de saúde do usuário, da família e da comunidade. Todos os profissionais de saúde executam suas ações de acordo com certa esfera de autonomia e de responsabilidade correspondente à sua área de atuação; porém, para que a equipe possa articular seu trabalho, é preciso que seus componentes considerem a interdependência de suas ações e autonomia profissional do outro (Pедуzzi, Leonello, Ciampone, 2016, p. 107-108).

Para alcançar esse propósito, a equipe de enfermagem deve aprimorar suas habilidades, dentre elas a comunicação, que deve ser olhada como um componente essencial para desenvolver um trabalho mais harmonioso.

Segundo Silva (2011), para possibilitar a articulação das ações e a cooperação entre os membros da equipe, a comunicação deve ser efetiva, caso contrário poderá interferir no resultado do trabalho. Entretanto, para obter competência e habilidade em comunicação, é necessário exercitar-se, avaliar os resultados e rever os erros no âmbito do trabalho.

A comunicação dos enfermeiros pode ser aprimorada com treinamentos baseados em simulação, sendo recomendada a introdução deste tipo de treinamento nos serviços de educação em enfermagem para melhorar as habilidades comunicativas destes profissionais na prática clínica (Li, Wen, Suh, 2015).

As falas abaixo confirmam que a simulação pode contribuir para melhorar a comunicação, seja com o paciente ou familiar ou, ainda, entre os próprios membros da equipe. Os cenários simulados chamaram a atenção para a questão da organização e da boa relação entre os membros, as quais dependem muito da boa comunicação.

Os cenários de comunicação me chama muita atenção. E nós da enfermagem precisamos dessa comunicação. Então, quando você simula algo que precisa se expor e falar com o outro, adquirimos experiência para o dia a dia (P09).

A simulação fez com que eu aprendesse como falar e abordar o outro, que não existe o certo e o errado, vai depender de cada situação (P08).

Quando entrei para simulação eu achei que ele ia cobrar os tipos de materiais, mas na verdade não foi isso, o que surgiu foi a questão da comunicação. Enquanto um pedia uma coisa, o outro pedia outra, e as pessoas não se entendiam. O ponto chave da simulação foi a comunicação, inclusive para manter a organização. Cada vez que participei do cenário, a comunicação foi a questão principal (P11).

[...] saber como abordar e conversar com a família, perceber como a mãe se sente [...] A gente tem que ouvir também, para poder entender o lado dela [...] a gente tenta compreender o que ela quer dizer com os gestos, atitudes e falas. Aprendi o momento de quando falar e intervir. Comportamento é difícil, viu [...] e saber ouvir os pacientes em situações difíceis é importante (P08).

A simulação muito contribui para o exercício da escuta e da fala e, decerto, é importante que o ambiente de trabalho tenha um clima bom para que este transcorra do modo coeso e eficaz para todos da equipe, e para a assistência do indivíduo.

Foi um aprendizado pessoal e profissional. Além da questão profissional, cresci como pessoa, observando como eu tenho que falar, a maneira como eu devo tratar as pessoas [...] se eu esqueci de algo posso ir lá treinar [...] (P08).

A simulação traz muito aprendizado, para o profissional e na área pessoal, porque aprende principalmente a ter respeito ao próximo e como se comunicar com o outro. A simulação contribuiu para me tornar uma pessoa melhor (P09).

A simulação melhora você como ser humano, porque você passou por uma dificuldade naquela situação de

atender (o paciente) [...] então, você consegue se desenvolver (P06).

Quando a gente participa destes treinamentos (com simulação), indo além da teoria, fortalece nosso lado profissional e pessoal. No pessoal vejo a iniciativa, isso me fortalece para situações que também ocorrem fora do trabalho (P10).

Na simulação o indivíduo é o mais importante. Naquilo que ele sentiu, gostaria de alcançar naquele resultado. A simulação valoriza a pessoa (P11).

Portanto, a simulação é uma estratégia que oportuniza aos enfermeiros aprender vivenciando e discutindo uns com os outros, possibilitando desenvolver as competências atitudinais e relacionais necessárias para a assistência.

5.2.2 Componentes vulneráveis da simulação

5.2.2.1 Sentimentos de desconforto na simulação

Nesta categoria, foi possível perceber que, embora a simulação ocorra em um ambiente favorável de aprendizagem, ainda assim, durante o atendimento clínico, pode ocorrer certo desconforto para o profissional que participa do cenário em razão de sua exposição perante os outros participantes.

O fato de estar sendo observado por outras pessoas e ter receio de “errar” pode vir a inibir as ações do participante durante o desempenho no cenário, dificultando o alcance dos objetivos de aprendizagem propostos na simulação. Nas falas dos enfermeiros entrevistados, destacou-se que simular pode ser constrangedor pela possibilidade de surgirem críticas e julgamentos a seu respeito durante o *debriefing*.

Para que o aprendizado seja adequado, é necessário que o aprendiz se sinta confortável para atuar na simulação sem ser exposto ou julgado, situado em um clima de confiança e segurança. Cabe lembrar que o aprendiz se encontra em processo de aquisição de conhecimentos e, na prática, pode apresentar uma atitude não favorável.

E deve ficar claro que o facilitador está ali também para ajudá-lo sem lhe causar qualquer constrangimento. Mesmo porque, o aprendiz pode ser um bom profissional, mas percebe ser diferente agir na simulação e em relação a sua prática profissional, que é mais real e precisa.

Na simulação, a esfera comportamental e emocional, por vezes, aparece mais do que a cognitiva e ética. Por isso, é salutar que o aprendiz, após a simulação, possa refletir acerca de suas ações e prover mudanças a partir das reflexões apontadas no grupo.

As falas dos participantes, a seguir, apontam alguns aspectos que causaram desconforto durante o aprendizado por meio da simulação.

A exposição talvez seja um ponto negativo. Às vezes quem estava na sala assistindo ficava comentando sobre os erros de quem estava simulando, nossa era para ter feito isso, era para ter feito aquilo. Aí, depois você pensa: nossa quando eu estiver lá, vão pensar e vão me julgar (P07).

Teve uma situação em que a pessoa ficou sem graça, constrangida, ela não conseguiu desempenhar seu papel no cenário. Na discussão a gente viu que a pessoa ficou sem graça porque todo mundo falou “devia ter feito de tal forma” senti que a pessoa foi pressionada (P08).

A visão crítica articula-se com o conhecimento, sendo assim, ser crítico implica em buscar as causas dos acontecimentos e a essência dos processos, superando as aparências, para então contribuir com a construção do saber (Vasconcelos, 1992).

Nesse sentido, cabe ao educador enfatizar a postura e a abordagem das fragilidades dos participantes diante da simulação. E, nessa condução, o facilitador deve direcionar a discussão para significados e ações positivas, considerando o contexto da aprendizagem dos sujeitos envolvidos no cenário.

Quando têm pessoas que a gente conhece, eu não me sinto tão mal, pois não vão achar que eu não sei. Mas, nas primeiras vezes que participei de cursos com simulação, tive mais medo, porque eram pessoas desconhecidas. Com pessoas conhecidas tudo bem.

Já tenho uma liberdade maior, mas com pessoas desconhecidas me dá um estresse maior, tenho medo por saber que têm pessoas olhando o que estou fazendo, se você tomar a decisão errada todo mundo vai saber, isso não é legal (P02).

Na percepção dos entrevistados, estar diante de pessoas conhecidas no ambiente de aprendizagem pode contribuir para minimizar o desconforto sentido pelo participante do simulado. Porém, nem sempre isso é possível, e a interação com pessoas que não sejam do seu convívio cotidiano pode ser enriquecedora para o desenvolvimento e aprendizado do profissional.

De acordo com Vasconcellos (1992), o conhecimento é construído pelo sujeito na sua relação com os outros e com o mundo, visto que ele é formado pelo social. A essa constatação, pode-se acrescentar que ninguém aprende nada sozinho.

Sob essa condição, é importante ressaltar que a dimensão social e relacional deve prevalecer no espaço de interação, favorecendo a criação de novas ideias e significados e também a reflexão em grupo.

A ideia de estar sendo “avaliado” pelos colegas causa maior desconforto quando se tem diversas pessoas presentes no mesmo ambiente em que a simulação ocorre. Em algumas falas, ficou evidente que é importante que permaneçam no ambiente da simulação apenas as pessoas que estão participando no cenário. Os demais, que participam apenas observando, devem permanecer em outro ambiente com recursos audiovisuais para observar em tempo real toda a simulação.

Na simulação deveria ficar só quem vai atender (simular no cenário) [...] ficaram também na sala, os participantes que lá estavam assistindo, no mesmo ambiente, porque estavam aprendendo observando. Já passei por isso, aprende, mas percebi como é constrangedor para quem erra, fica uma situação chata e ruim (P02).

O fato de você estar diante de outros colegas na sala te expõe, porque você sabe que pode estar errando e está na frente dos colegas. Tem gente querendo te dizer o que você está fazendo de errado e não pode dizer. Então, às vezes gera um estresse maior do que o necessário (P02).

Os colegas presentes me incomodam, talvez eu erre no automático e dou uma “comida de bola” (esquecer algo) [...] (P10).

É comum o uso do mesmo ambiente para simular e observar pela ausência de uma sala apropriada para os observadores acompanharem a simulação em tempo real, ou até mesmo pela opção de condução do facilitador, quando escolhe manter todos na mesma sala durante o simulado. Acredita-se que essa condição é muito comum, porém, deve-se considerar que há uma preferência do próprio participante do cenário em permanecer distante do grupo observador.

Diante desta constatação, o educador poderá favorecer o desempenho dos participantes do cenário optando por manter o ambiente da simulação afastado dos demais participantes.

Se eu estou lá dentro da sala de simulação, e as pessoas não estão próximas de mim, até esqueço que está filmando e não sinto dificuldade de agir porque alguém está me olhando. Eu fico focado no caso que estou vivenciando lá (P14).

O participante, quando está simulando, pode inibir-se ao perceber o não verbal e os comentários dos demais presentes, desviando-se do foco. Mesmo tendo associado os componentes essenciais para prover uma assistência “adequada”, pode sentir dificuldade em sincronizar conhecimentos para desenvolver suas ações com eficácia.

Este fato pode implicar em que o participante não atinja o objetivo proposto pelo cenário, causar constrangimento perante o grupo ou até mesmo causar um sentimento de incapacidade como profissional.

O resultado final, onde não conseguimos atingir o objetivo que era salvar o paciente, me incomodou. Porque durante o curso eu achei que fosse conseguir, me senti confiante porque foi uma aula muito boa. Mas durante o simulado, por causa do estresse, eu não consegui lembrar de todas etapas recomendadas na aula (P04).

Eu fiquei mal, pensei, se fosse um paciente mesmo, será que eu chegaria a esse resultado e não conseguiria (restabelecer o paciente)? Depois revemos, e pude perceber onde havia errado. Fiquei triste comigo. Talvez seja uma incompetência minha, achei que estava preparado pois tudo foi detalhado antes, durante a aula [...] (P04).

Conhecer os possíveis interferentes no desempenho dos participantes certamente possibilitará ao educador intervir e evitar fatores que possam desviar o alcance dos objetivos de aprendizagem do cenário.

Quando o facilitador está preparado para lidar com situações e sentimentos negativos dos participantes, pode evitar a possibilidade de algum desconforto criar bloqueios para a aquisição de um conhecimento saudável.

Estes desconfortos ocorridos durante a simulação podem influenciar no desenvolvimento do profissional e ser desestimulantes para sua participação na estratégia em um outro momento.

No final do último cenário todos já estão amigos, se sentem mais à vontade para discutir o assunto, a ponto de não traumatizar ninguém. Mas já vi casos de gente que participou e jamais quer participar novamente, pois foi horrível, pois a pessoa se sentiu exposta (P13).

Segundo as falas dos enfermeiros, medo, vergonha, estresse e nervosismo são alguns sentimentos vivenciados durante a simulação.

Eu tenho vergonha, mas eu vou. Todo mundo teve vergonha, mas foi, porque viu que era bacana. Mas de certa forma parece que está no “Big Brother”, sendo avaliada e todo mundo te vendo. Por mais que você saiba que vai ter um feedback positivo e o que foi ruim vai ser trabalhado, você está ali, tem câmeras te filmando (referindo-se às lentes dos olhos humanos) [...] esse negócio de perceber que está sendo avaliada dá uma travada. Mas eu vou para ver se acostumo. Percebo que todo mundo tem medo de ser exposto e ser criticado (P03).

É necessário que o facilitador tenha habilidade para acolher todos os participantes e conduzir todas as etapas da discussão, a fim de criar e manter um ambiente saudável, sem expor o profissional que participa da simulação.

Já vi situação do instrutor na frente de todo mundo constranger a pessoa no cenário, a pessoa ficou tão nervosa, mas acho que não precisa agir desta forma. Exagerando e constrangendo a pessoa (P02).

Para introduzir o participante no ambiente da simulação, o facilitador deverá primeiramente acolhê-lo, para que este perceba que se trata de um ambiente seguro e que os erros cometidos por ele servirão como oportunidades para o aprendizado, sem expô-lo a qualquer constrangimento (Wang, 2011).

Prestar esclarecimentos e orientações prévias no momento que antecede o início do cenário pode ser uma estratégia para que o facilitador deixe os participantes mais à vontade. Desde que o faça com maturidade e leveza (sendo pontual no falar e sabendo como falar).

Se houver possibilidade, abre-se espaço para os participantes que estão preparados naquele dia serem os integrantes do cenário. Com essa ação, vai-se sedimentando o respeito ao livre arbítrio de cada um. Essa conduta deve ser considerada pelo facilitador.

É esperado que a participação voluntária seja incentivada, pois algumas pessoas podem preferir somente observar os simulados. Ver o outro simulando também é uma forma de aprender, pois, quando observa o outro, ao mesmo tempo, o enfermeiro analisa de forma crítica o desempenho do colega.

Gaba (2004) ressalta que nem toda aprendizagem requer a participação direta e que algum aprendizado pode ocorrer apenas com a observação de uma simulação, pois os observadores facilmente podem imaginar-se na pele dos participantes do cenário e, além disso, terão a oportunidade de discutir as ações com os próprios participantes durante o *debriefing*.

O facilitador pode investigar se há algum participante que esteja vivenciando a simulação pela primeira vez, para que tenha maior cuidado ao inseri-lo no cenário.

O clima emocional favorável pode incentivar os participantes a se permitirem errar. A boa interação entre os participantes e facilitador também contribui para amenizar o medo, abrindo espaço para discussões que enriqueçam os conhecimentos dos participantes e elevem a autoestima.

Os participantes devem ter a oportunidade de expressar como foi a experiência simulada, o que pensaram e sentiram, para que o facilitador possa trabalhar sobre possíveis desconfortos e auxiliá-los a rever valores e reconhecer suas qualidades.

5.2.2.2 Estresse como gerador de instabilidade emocional

Entende-se que um cenário com baixo nível de estresse possa vir auxiliar o profissional a desenvolver sua inteligência emocional. Entretanto, na esfera educativa, quando os ambientes se tornam muito semelhantes às instituições de saúde, com situações estressantes, isso pode afetar o sentir e o fazer daquele que se situa como aprendiz. Por vezes, simulados com este clima podem desencadear reflexões sobre o quanto isso realmente propicia uma aprendizagem sem sofrimento ao participante da simulação. Será que essas situações contribuem para preparar o profissional para lidar melhor com os conflitos em seu cotidiano? Por outro prisma, isso pode induzir o aprendiz a acreditar que trabalhar sob estresse, às vezes excessivo, seja “algo normal e compatível com o trabalho dos profissionais de enfermagem”.

Pode-se ponderar que a presença do estresse em alguns espaços da assistência se deve à carga excessiva de trabalho, abrangendo desde o âmbito físico, cognitivo e emocional, como cargas qualitativa e quantitativa, ainda que, na questão do tempo, salvo emergências, não cabe pressa e um cuidar sem olhar de modo atento à assistência do paciente.

O clima de tensão muitas vezes faz parte do ambiente simulado na tentativa de reproduzir o ambiente clínico ou uma situação crítica que remete ao cotidiano dos profissionais de saúde. Isso até procede em determinadas situações; contudo, o facilitador deve colocar limites quando os fatores que induzem os participantes ao estresse não sejam compatíveis com a situação proposta no cenário. Ao contrário disso, espera-se que o estresse só se faça presente quando todo o contexto se fecha sobre as ações que conflitam com questões pontuais a serem trabalhadas.

Mediante cenários com características próximas ao ambiente da assistência à saúde, pode-se reproduzir ocorrências que surgem em ambiente intra-hospitalar, ou em diferentes situações e ambientes. Mas estes contextos devem envolver os participantes de forma a provocar a imersão no cenário (Teixeira, Felix, 2011).

Isto significa que ao entrar consciente e com presença no cenário, ocorre uma imersão e o participante dirige o olhar para a situação ao mesmo tempo em que olha para dentro de si, para associar o que naquele instante deve fazer em prol do assistir. Esse assistir é voltado concomitantemente para si próprio e para o paciente.

Dias (2015), em seu estudo, concluiu que o nível de estresse agudo em médicos residentes que atenderam emergências foi equivalente em um ambiente real de uma sala de emergência ao de um cenário simulado em um centro de simulação. Este achado demonstrou que é possível atingir na simulação um nível altíssimo de fidelidade psicológica sem a presença de um paciente real.

Mesmo o participante ciente de que não se trata de um ambiente, paciente ou equipe reais, muitas vezes acaba sentindo um estresse exacerbado. Segundo declarações dos enfermeiros entrevistados, o elevado nível de estresse prejudica o desempenho e, conseqüentemente, não retrata o que realmente adquiriram de conhecimento.

O estresse em exagero atrapalha. Aí, cabe ao instrutor medir quanto de estresse colocar ou não dentro da situação; senão, a pessoa que está simulando nem raciocina mais de tanto estresse que sente [...] depois de certo ponto a pessoa nem raciocina mais e se atrapalha. Ao invés de aprender ela pode ficar traumatizada e não querer participar de novo de uma simulação. Tem que ter uma dose de desafio para simular uma situação realística, mas não deve ultrapassar a ponto de inibir a pessoa. Isso gera um estresse maior e sem sentido naquela simulação (P02).

Porque às vezes quando você sente uma tensão, você acaba errando uma coisa que é fácil, que você até sabe, mas na hora que está tensa, erra. Você sabe o que tem que fazer, mas dá um “branco” e você acaba errando. E, você está sendo avaliada por outras pessoas, aí a tensão demais atrapalha (P06).

No momento da simulação tem um estresse muito forte que a gente acaba não cumprindo as etapas, atropelamos algumas coisas, esquecemos outras [...] (P04).

Você fica apreensivo, é uma situação de estresse, eles colocam uma situação de pressão de diversos pontos, não só do paciente que você tem que atender, mas da equipe e do acompanhante que te estressa na cena (P02).

Considera-se que, ao planejar o cenário, o educador deva ajustar o componente do estresse, sem exceder para um patamar que vá além do desejado para realização do exercício. Desta forma, a simulação torna-se envolvente e contribui para sedimentar novos conhecimentos.

O último treinamento que eu fiz de reanimação neonatal não teve essa pressão, a intenção era ensinar como receber um recém-nascido. Então foi tranquilo, não tinha pressão. Agir sob excessiva pressão incomoda muito, por outro lado têm situações que pode caber um pouco, mas em pequena dose (P06).

Sabe-se que hormônios do estresse endógenos, como adrenalina e cortisol, são liberados em eventos emocionalmente estressantes e são essenciais para modular a consolidação da memória (Cahill, McGaugh, 1998). Por sua vez, a adrenalina está relacionada ao aumento da memória humana (Cahill, Alkire, 2003).

Portanto, experiências que proporcionam certo nível de estresse e despertam emoções tem maior ação sobre o processo de consolidação da memória quando comparadas a atividades neutras, demonstrando a evidente relação entre o nível de estresse e a memória (Cahill, Gorski, Le, 2003). Sendo assim, é possível inferir que certo nível de estresse seja desejável.

Entretanto, o estresse também pode prejudicar a memória por vários fatores. Por exemplo, altos níveis de estresse podem prejudicar a consolidação da memória conforme o estágio do processo em que ocorrem, influenciando nas recordações tardias (Payne et al., 2007).

Além disso, segundo Vogel e Schwabe (2016), níveis elevados de estresse poderão dificultar a recuperação de memórias já consolidadas.

Na simulação, este fato poderia interferir no desempenho dos participantes e, conseqüentemente, levá-los a subestimar os conhecimentos já adquiridos. O enfermeiro pode pensar, por exemplo, *“eu sei que sei, mas não consigo recordar e ter certeza do que sei”*.

Ainda, sobre as repercussões do estresse elevado, este pode dificultar a integração de novas informações em estruturas de conhecimento existentes, impedindo a atualização dos conhecimentos por novos fatos ou uma compreensão profunda de conceitos multidisciplinares, o que geralmente é requerido na educação. O desequilíbrio entre os processos de memória pode levar a memórias rígidas, ao invés de induzir o indivíduo a obter soluções criativas e complexas frente aos novos desafios (Vogel, Schwabe, 2016).

Ciente destas informações, o enfermeiro educador deve considerar que a simulação constitui uma estratégia envolvente e capaz de desencadear emoções, no entanto, deve também compreender os impactos dos níveis elevados de estresse na memória e sua repercussão no aprendizado do educando.

Considerando a ideia de que o estresse leve tem a sua importância por moldar a memória, a criação de um contexto educacional com componente emocional, principalmente positivo, pode auxiliar os participantes a melhorar a memória e seu desempenho de modo processual.

O cuidado em planejar o cenário pode evitar os efeitos que o estresse elevado induzido pode causar, além de favorecer o desempenho dos participantes sem distorcer seus conhecimentos e habilidades. Muitas vezes, aplicar o estresse de forma exacerbada, a fim de reproduzir a atmosfera de um serviço de emergência, pode desviar o foco dos reais objetivos de aprendizagem do cenário.

Utilizar esta estratégia educacional de modo adequado amplia as possibilidades de os enfermeiros resgatarem as informações que aprenderam e utilizarem esses conhecimentos diante de situações que emergem em sua prática profissional.

Esta percepção de que um estresse leve no simulado pode contribuir para preparar o profissional para enfrentar situações difíceis em seu cotidiano de trabalho é confirmada, a seguir, na fala dos enfermeiros.

Nós desenvolvemos quando estamos sob um “certo” estresse, porque tem que dar uma resposta ali, naquele momento [...] aí treinamos o emocional. Depois quando estamos no dia a dia conseguimos fazer o que tinha que ser feito, sem estresse (P03).

Por estarmos numa situação de tensão (simulação), onde há exposição, fica difícil, mas conseguimos reagir melhor em situações de conflito diante de uma situação real, conseguindo resolver melhor (P06).

Nesse sentido, é importante considerar os fatores apontados pelos entrevistados, visto que podem ser amenizados pelo facilitador por meio de procedimentos simples que preparem e tranquilizem o participante, contribuindo para tornar o momento propício para a aprendizagem e a experiência agradável, sem desenvolver estresse excessivo no ambiente.

5.2.2.3 Insuficiência de conhecimento teórico na simulação

O cenário de simulação requer a participação ativa dos participantes para que possam cumprir a tarefa proposta e atingir os objetivos de aprendizagem. O contexto deve ser planejado respeitando os conhecimentos e habilidades individuais, caso contrário, poderá gerar um sentimento negativo para o aprendiz e até para o educador.

Na simulação de alta fidelidade, o cenário pode ser definido como um momento de fragilidade e/ou risco de vida para o paciente. Nesse contexto, os participantes devem possuir habilidades e conhecimentos prévios necessários para trabalhar a situação proposta com autonomia, evitando intervenções constantes dos facilitadores (Alinier, 2011).

É desejável que os participantes da simulação apresentem conhecimentos anteriores sobre o tema central abordado, para que possam resgatar conceitos durante a execução da tarefa, relacionando a teoria com a prática, bem como suas

próprias experiências. Desta forma, cria-se condições para aprofundar os conteúdos que emergem da discussão, levando-os à reflexão sobre sua conduta e desempenho.

De acordo com Martins et al. (2012), para que a experiência clínica simulada tenha todo seu potencial explorado, o aprendiz deve desenvolver previamente suas habilidades técnicas em simuladores de baixa e média fidelidade, com o intuito de que, durante o cenário, seu foco de atenção não seja apenas desempenhar uma técnica procedimental, mas sim experimentar a interação paciente-profissional e exercitar seu raciocínio clínico.

Modelos anatômicos representando partes do corpo ou manequins estáticos dotados de baixa tecnologia - denominados de baixa fidelidade - são utilizados para o treino de habilidades psicomotoras específicas. Embora permitam alguma proximidade com a realidade, estes simuladores fornecem menor grau de interatividade, quando comparados aos de média e alta fidelidade (Hovancsek, 2007).

Cabe aqui ressaltar que, nessas interações, a aprendizagem vai além dos objetivos assinalados na simulação, pois o indivíduo aprende também a elaborar melhor suas ideias, coordenar suas ações, manter foco e ter um processo mental rápido, articulado com sua capacidade motora, que se apresenta junto a sua habilidade emocional e afetiva. Isso significa que os conteúdos teóricos são interdependentes das dimensões social, psicológica e emocional.

A simulação pode vir a ser uma estratégia que favoreça o enriquecimento dos conceitos científicos, uma vez que os conceitos apropriados teoricamente nas situações vivenciadas servirão como alicerce para o indivíduo organizar seus pensamentos e articular seus conhecimentos. Isso também implica em rever seus sentimentos, emoções e o modo que se relaciona consigo mesmo.

Esta realidade é particularmente desafiadora para o educador de enfermagem que atua com profissionais, pois, quando se trata de alunos da graduação, geralmente o docente articula a abordagem conceitual com a estratégia da simulação já ciente do que foi oferecido em sala de aula, o que facilita enormemente o alcance do objetivo proposto.

Esse cenário é diferente nos centros de simulação, pois, mesmo que os profissionais já tenham alguma experiência, esta pode ser insuficiente quando o

público que procura a estratégia é composto de enfermeiros recém-formados, sem experiência prática ou vivência na discussão de casos clínicos.

Há também outra perspectiva quando enfermeiros que já são experientes procuram centros de simulação para aperfeiçoar e aprofundar seus conhecimentos. Isso propicia ao participante da simulação vincular suas experiências com a parte científica, ampliar sua visão e compartilhar informações que resultam no enriquecimento do conhecimento de todo o coletivo, do facilitador aos participantes.

No entanto, na experiência da pesquisadora deste estudo, aplicar a estratégia da simulação no dia a dia para profissionais de enfermagem, requer, obrigatoriamente, uma abordagem conceitual prévia, por receber participantes com diferentes níveis de conhecimento teórico e experiência profissional.

O resgate dos conceitos previamente facilita o desenvolvimento do profissional durante o cenário. E evita ainda que o momento da discussão tenha um caráter meramente esclarecedor de conceitos técnicos, possibilitando aprofundar a discussão já em nível profissional.

Estes aspectos devem ser considerados quando se trata do aprimoramento dos profissionais de enfermagem, visto que influenciarão no aproveitamento da simulação como estratégia para relacionar conceitos com a realidade do sujeito no campo laboral.

Estudei o conteúdo para ir preparado para o curso. Você já tem que ir com o conteúdo sabido. Ou você sabe o que tem que fazer ou não sabe, não tem meio termo [...] porque não tem como pedir ajuda para alguém. Até no ambiente de trabalho você pode disfarçar e pedir ajuda, ali não. Ou você absorveu o conteúdo ou não (P02).

A teoria é importante, tem que ter um embasamento teórico sobre o assunto para depois vivenciar uma simulação, uma coisa depende da outra. Algo que se completa (P13).

As pessoas têm que ter um conhecimento teórico antes. Ela tem que ir para a simulação com isto [...] talvez receber o material (conteúdo teórico) antes para a pessoa estudar seria bom (P09).

Diante destas declarações, disponibilizar previamente aos participantes o conteúdo teórico sobre o assunto pode ser enriquecedor e contribuir para potencializar a estratégia, atingindo o enfoque desejado na discussão.

Se possível, o educador deve planejar um momento prévio para a abordagem teórica, que possibilite o esclarecimento de dúvidas de cunho técnico, contribuindo para diminuir a ansiedade dos participantes em relação ao conteúdo procedimental.

Outro aspecto apontado na fala de um entrevistado foi a utilização da simulação como estratégia para identificar as fragilidades do indivíduo, no intuito de maximizar a abordagem teórica

Antes de iniciar o curso de PCR (parada cardiorrespiratória), fomos levados para conhecer a sala de simulação, o instrutor deu um caso simples para atender a parada e nos colocou numa situação para nós identificarmos o que sabíamos sobre atendimento em PCR. Isso ajudou para depois a gente rever a teoria. Foi bom, porque trabalhamos em cima da nossa deficiência de conhecimento. Foi assustador, mas foi bacana. Tipo um pré-teste, ver o que você sabe antes [...] percebemos que mesmo trabalhando no atendimento no dia a dia, ainda não estamos preparados (P05).

A ideia de expor o enfermeiro primeiramente ao cenário antes de uma aula teórica sobre o assunto foi bem recebida, servindo para sua autoavaliação e fornecendo subsídios para aproveitar melhor o conteúdo a ser explorado.

Esse contato prévio também pode ser positivo para o enfermeiro educador, que pode direcionar o conteúdo a ser abordado para as necessidades do grupo percebidas durante o simulado. Com isso, o conteúdo a ser explorado pode ser mantido dentro do contexto, facilitando a compreensão por parte dos enfermeiros e favorecendo a construção do conhecimento articulado com outras áreas do saber.

Quando o condutor do processo de aprendizagem identifica as habilidades e conhecimentos que o aprendiz traz consigo, pode apresentar subsídios para incentivar e promover o desenvolvimento de outras competências e melhorar as já existentes.

Ainda em relação a fala acima (P05), cabe acrescentar que, após a abordagem conceitual, os mesmos enfermeiros participaram de um segundo simulado sobre o mesmo tema, fortalecidos e mais seguros para atuar no contexto da simulação.

O uso da simulação antes e após a exposição do conteúdo conceitual requer maior tempo, por outro lado, pode ser muito significativa para o aprendizado. A atividade organizada desta maneira permite ao educando perceber suas dificuldades ao se confrontar pessoalmente com os conteúdos, exigindo a construção de sua reflexão com maior autonomia. E possibilita ao educador avaliar e adequar a estratégia pedagógica adotada para o nível de compreensão dos participantes.

5.2.2.4 Posturas do facilitador no processo da simulação

O papel do educador vai além de simplesmente passar informações, pois deve preparar e provocar os sujeitos para o processo de conhecer, proporcionando meios e situações que possibilitem e direcionem a aprendizagem (Vasconcellos, 1992).

Para este autor, o educador é um mediador da relação educando-objeto de conhecimento e articulador de todo o processo, portanto, seus esforços devem prover um clima favorável às interações.

Sob essa ótica, o educador deve adotar uma postura de co-aprendiz, equilibrando o papel de instrutor e facilitador, sendo imparcial na sua abordagem e evitando interferências excessivas. Tal postura contribui para transferir o protagonismo do educador para o educando, criando um ambiente integrador e participativo.

É imprescindível que o educador que aplica a simulação clínica tenha propriedade conceitual e técnica no uso da estratégia, para que sua abordagem e a condução da atividade possam contribuir com eficácia e efetividade na aprendizagem (Gomez, Vieira, Scalabrini, 2011). Sobretudo, para que fomente, por meio do *debriefing*, o desenvolvimento do raciocínio dos participantes, mantendo a centralidade nos objetivos preestabelecidos, sem criar um clima de julgamento ou ameaças ou transformar este momento de reflexão em um mero interrogatório.

Na sequência, apresenta-se algumas ideias oriundas de um manual da NASA, publicado em 1997, com recomendações que retratam comportamentos inadequados do facilitador.

Quadro 1 - O que o facilitador deve evitar no *debriefing*

Deve evitar	Justificativa
Discussão centrada no instrutor	A discussão deve ser centrada nos integrantes. Discursos longos do facilitador prejudicam a participação ativa dos indivíduos e a realização de suas análises próprias.
Criar impressão de “líder” ou “autoridade”	Poderá desmotivar a participação dos indivíduos ou inibir a exposição de suas percepções e questões.
Análise e avaliação própria antes dos membros do grupo	Faz com que os indivíduos se sintam menos responsáveis para realizar suas análises. É importante que os membros aprendam a analisar seus desempenhos para que possam criar o hábito de realizar este processo no seu cotidiano.
Impressão de que somente suas percepções são importantes	Deixar claro que o facilitador está interessado no que os participantes têm a colocar, a fim de incentivá-los a participar ativamente analisando e avaliando os seus desempenhos.
Interromper a discussão	Demonstra falta de interesse do facilitador diante da opinião dos indivíduos, minando a linha de pensamento que estão construindo e dificultando o processo de autodescoberta.
Interrogatório	Dificulta que a discussão permaneça centrada nos participantes, inibindo a iniciativa por parte do grupo de levantar questões a serem discutidas de forma interativa.
Responder imediatamente aos integrantes o questionamento levantado	Incentivar a discussão, permitindo um maior tempo para que os indivíduos possam refletir e elaborar o seu raciocínio. O silêncio (pausa) pode ser uma estratégia útil para incentivar a participação de todos.

Fonte: McDonnell, Jobe, Dismukes (1997).

Conduzir e mediar o momento do *debriefing* pode ser um grande desafio para o educador, tendo em vista os diversos rumos que a discussão poderá assumir conforme as características individuais e do grupo, bem como o enfoque que se deseja seguir evocando continuamente as reflexões dos participantes.

Em geral, os enfermeiros entrevistados vivenciaram a estratégia da simulação conduzida por facilitadores com uma postura adequada ao abordar as fragilidades. Desse modo, os participantes puderam refletir acerca da importância do facilitador.

No papel de moderador, o facilitador adapta o nível de intervenção e mediação de acordo com a capacidade de cada grupo de realizar suas próprias análises, deixando-os alcançar profundidade nas reflexões com maior autonomia, interferindo o menos possível (McDonnell, Jobe, Dismukes, 1997).

Esse papel do facilitador foi expresso nas falas abaixo.

Os facilitadores têm que ter o domínio sobre o assunto, mas não precisa falar o tempo todo. Na verdade, deve deixar os participantes falarem e em alguns momentos chaves ele deve interromper, perguntar e devolver a pergunta para o grupo. O instrutor deve ter o cuidado com o que fala, com os participantes. Se ele tem um bom entrosamento com o participante e com o grupo, ele consegue deixar as pessoas falarem sem colocar a opinião dele, tentando ser o mais neutro possível. Facilita colocar as informações que o grupo traz e escutar o que o grupo traz de informações. Todos falaram e ficaram à vontade. Gostei da maneira do instrutor conduzir. Facilita quando ele tem experiência (P08).

O mais importante da simulação não é o instrutor ter conhecimento técnico, mas é ele saber lidar, ter paciência e outras habilidades e não só técnicas [...] (P11).

O instrutor tem que falar 10% e ouvir 90%. Tem que instigar as pessoas a falar e comentar para chegar num consenso. Ele está lá para direcionar se alguém saiu do foco. Precisa estimular que todos participem. O ideal é que todos consigam falar, trazer um pouco do que visualizou dentro do cenário sem julgamento (P13).

Eu espero que o instrutor seja empático, que saiba recepcionar o participante e dê abertura para que eu sinta que posso questionar e ele irá me responder (P14).

Tudo depende muito de quem está conduzindo a discussão, o instrutor. Da forma como ele aborda, se ele dá oportunidade de refletir [...] a discussão é o mais importante e o instrutor tem que entender do assunto e como vai abordar (P11).

Eu sou tímido, não gosto de falar em público. Se eu não percebo uma pessoa transmitindo simplicidade e

abertura, vai dificultar muito o meu aprendizado durante a simulação. O instrutor não pressionou, não interferiu e não gritou. Deu liberdade e isso foi bom porque nós ficamos nervosos com a situação ocorrida no cenário da simulação (P10).

A pessoa que conduziu foi oportuna, tinha conhecimento e passava segurança no que falava. Eu achei uma pessoa legal, preparada. Conhecia bem o que estava propondo, dominava o assunto e passou isso muito bem para nós. Na hora do cenário o estresse foi forte, mas ela foi calma e tranquila (P04).

Espera-se do facilitador incentivo à participação ativa dos indivíduos na discussão, no sentido de mediar e favorecer que analisem seu desempenho por conta própria, exercendo a autocrítica e interagindo uns com os outros. Esta abordagem centrada nos participantes é fundamental para que os membros reconheçam os pontos a ser melhorados a partir de suas reflexões e assim, levem o conhecimento adquirido para a prática profissional.

De acordo com as falas dos participantes, a postura do facilitador pode influenciar a participação e o crescimento do grupo. Ressaltar os aspectos positivos identificados durante o cenário e provocar reflexões devolvendo perguntas adequadas são maneiras de conduzir positivamente a estratégia. Por isso, ter paciência, manter a neutralidade e não emitir julgamentos e opiniões próprias são qualidades vistas como importantes.

Conduzir a discussão mantendo-se na posição de ouvinte e intervir apenas em momentos pontuais para direcionar a discussão e a reflexão do grupo de maneira a não pressionar ou provocar um clima de tensão é uma postura dada como adequada.

O educador deve levantar situações-problema que estimulem o raciocínio, devolvendo questões ao grupo e introduzindo a informação no momento certo. Deve esperar a elaboração das hipóteses e respostas por parte dos educandos.

O mediador deve ser cuidadoso para compreender, respeitar e trabalhar aspectos da aprendizagem emocional dos participantes, criando um clima receptivo, colaborativo e propício à aprendizagem (Fanning, Gaba, 2007). Para tanto, deve estar atento ao modo como abordam o evento, sem expor o indivíduo a situações

constrangedoras, que poderiam gerar um sentimento de frustração e inibir seu aprendizado.

Um depoimento emblemático ressalta uma postura inesperada do facilitador durante a estratégia:

Uma vez ocorreu um cenário em que eu tinha que desfibrilar e o outro participante fazer a massagem. Aí o instrutor disse assim: você matou a colega! Você aplicou o choque enquanto ela estava realizando as compressões! [...] o erro foi das duas, e ele pegou muito forte dizendo: isso é um homicídio! Você está reprovada! Depois ele me fez repetir, aí eu fiz de novo. Quando acabou o curso fui atrás dele para perguntar se ele tinha me reprovado e ele disse: não, porque você fez de novo. E essa foi a maneira dele dar o retorno [...] o jeito que o instrutor nos aborda quando fazemos algo errado, nos leva a travarmos para os próximos cenários (P06).

O erro cometido deve ser exposto com cuidado pelo facilitador, para que o grupo possa visualizá-lo como uma oportunidade de melhoria. Quando interpretado como julgamento e crítica, pode inibir a participação dos envolvidos e o desenvolvimento da discussão. O facilitador pode ser verdadeiro, mas deve ter clareza de como colocar suas considerações.

Quando o instrutor é mais tranquilo, nós ficamos mais soltos e conseguimos simular da melhor forma possível. Mas, quando você percebe que ele cobra de uma forma mais rude e rígida, nós acabamos errando, porque ficamos tensos, e não conseguimos nos soltar aí cometemos erros (P06).

O instrutor também tem que estar preparado para ouvir as opiniões, as dúvidas e não fazer um pré-julgamento. Não deve desprezar a dificuldade do outro. Em outras simulações que participei teve um pouco disso, tive essa percepção, que acabou inibindo e atrapalhando o participante (P10).

[...] tivemos a oportunidade de pensarmos sobre um procedimento, o erro não foi apontado pelo instrutor, mas deixado para que pudéssemos perceber o erro. A palavra “erro” é evitada e sim dita como oportunidade de melhoria, aí fica mais leve. Só a troca por “melhoria” já tira o desconforto. Porque naturalmente o ser humano é defensivo. Se você falar que a pessoa errou,

ele pode até ter errado, mas ele vai falar que não errou. Mas se o instrutor der a oportunidade de refletir e deixar pensar como podia fazer diferente, ele começa a apontar outro cenário. Essa postura do instrutor, muda muito a reação do grupo (P01).

Não houve nenhum conflito. Mas eu acho que é função do instrutor dar uma segurada e tentar direcionar os comentários. O bacana foi o condutor ter dado um feedback positivo ao grupo (P03).

Todos na discussão interagiram, era uma turma bacana. Todas às vezes após o cenário, éramos recebidos com aplausos e a instrutora falava: que bacana! Sempre puxando para o lado positivo, mesmo que quisesse falar “olha, você esqueceu de checar a pulseira do paciente”[...] Ela dizia “nessa hora se não der para fazer dessa forma, o que você pode fazer?”. Dava dicas e alternativas para os participantes, incentivando a pensar outras maneiras para verificar se aquele é o paciente certo. A instrutora tentava desviar o lado negativo, pontuando um ponto positivo, induzindo pensar em outra possibilidade, sem apontar “você errou” ou “você falou uma coisa que não deveria”. Na discussão, todos contavam suas experiências e o próprio participante da simulação dizia “eu podia ter feito tal coisa...”, em nenhum momento ninguém se sentiu coagido ou constrangido. (P03).

Iniciar a discussão ressaltando os pontos fortes pode favorecer a criação de um canal de comunicação e de um ambiente acolhedor, possibilitando que as pessoas tenham maior liberdade para manifestar suas dúvidas e expressar dificuldades.

Diante da necessidade de abordar possíveis atuações negativas dos participantes no cenário, o facilitador poderá inseri-las na discussão com um tom de sugestão, ao invés de crítica, demonstrando empatia com o educando e afastando qualquer impressão de superioridade.

Se o instrutor ficar com muita soberba ou falar de um jeito como se fosse o dono da verdade, não consegue resgatar nada de ninguém e inibe as pessoas (P11).

Quando somente os pontos negativos da atuação do participante são destacados, dificilmente ocorrem diálogos e discussões, e ainda se gera um

comportamento defensivo por parte do educando que pode dificultar a interação entre aprendiz e educador. É recomendável que um comentário negativo seja realizado, então, entre duas observações positivas, evitando criar um clima defensivo (Borges et al., 2014).

O ambiente de ensino desestimulante e hostil desmotiva o participante, e o momento de aprendizagem torna-se um mero momento para acúmulo de informações, associado à sensação de perda de tempo e de não acolhimento pelo facilitador.

De fato, é importante que o facilitador também desenvolva habilidades voltadas para a comunicação laboral, lembrando que a gentileza parte de um sentimento de cuidado e respeito por todas as pessoas que se encontram no entorno. Nesse sentido, é importante ser gentil com o outro e também consigo mesmo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema desta pesquisa, a simulação de alta fidelidade, trouxe em seu bojo o impacto da vivência do enfermeiro em situações vinculadas à assistência no campo da saúde. Abordou-se, também, um conjunto de ocorrências que ampliam a possibilidade de o enfermeiro participante olhar o cuidado por outros prismas, privilegiando o saber e o fazer como processos indissociáveis, naquilo que se refere ao pensar na prática, voltado para a produção, revisão e sedimentação dos conhecimentos.

O estudo desenvolvido tornou possível, ainda, perceber novas maneiras de aprimorar os conhecimentos no âmbito científico e técnico, entendendo-se que, no cuidar, não cabem mais espaços para decisões e posicionamentos fechados, somente subjetivos e individuais. O cuidado requer que as pessoas atuem em prol do coletivo, respondendo às demandas presentes do cotidiano das instituições de saúde, do paciente e da família.

Dos resultados deste estudo emergiram componentes fortes da simulação, que apresentaram uma avaliação positiva da participação dos enfermeiros na estratégia da simulação e revelaram elementos importantes a serem pautados e valorizados no contexto desta estratégia, em prol da assistência à saúde no exercício da enfermagem.

Dentre os componentes fortes da simulação, surgiram falas que consideraram que a simulação com atores é mais rica e realística, o que propicia ao participante desenvolver a crítica reflexiva e analítica, enfocando não apenas os aspectos técnico e científico, mas abrangendo a esfera comportamental e social.

Os componentes essenciais da simulação referem-se àqueles que dão suporte para a aquisição de conhecimentos da melhor forma possível, valorizando o *briefing* antes de os participantes assumirem o cenário, pois, quando estes não têm ciência do tema e entram no cenário como se este fosse um “jogo de adivinhações”, isso geralmente causa insegurança.

Outra questão que apareceu na simulação foi a autoavaliação por meio do uso do vídeo, que facilitou aos participantes rever e avaliar como se situaram e interviram no cenário durante a vivência, trazendo à sua consciência aquilo que devem melhorar e aprimorar na assistência do cuidado.

Decerto se faz necessário enfatizar a importância do cenário nesse contexto, do qual provêm situações cada vez mais realísticas, permitindo aos enfermeiros identificar o que assimilaram na simulação e vir a aplicar esses conhecimentos em seu espaço de trabalho. Espera-se, também, que haja vinculação de suas vivências com os conhecimentos adquiridos e que estes possam ser vividos em situações semelhantes àsquelas encontradas no contexto da aprendizagem.

Para alcançar esses resultados, almeja-se que a simulação seja olhada como uma atividade que propicie abertura para ser trabalhada a partir de um leque de temas, com especial atenção ao cenário que, seguramente, deve dar sustentação à estratégia utilizada, tendo como princípio que todo processo deve considerar o coletivo e o trabalho em equipe, propiciando significados positivos para todos os envolvidos na assistência. Deve ainda partir de um olhar que abarque diversos planos, tendo como base a metodologia aplicada com ênfase no *debriefing*, que é a fase mais importante da simulação.

Desse modo, será possível assegurar a presença de uma metodologia ativa, ancorada na teoria e na prática, ressaltando-se que o enfermeiro que cuida deve ter o compromisso de sempre reavaliar o que necessita aprender e gerenciar suas atividades agregando-as à busca de aprimoramento. Esta conduta demanda que os profissionais da saúde entrem em contato com saberes de outras disciplinas, a fim de ampliar e consolidar novos conhecimentos. Isso cria ressonância com a prática no campo da enfermagem, bem como permite a reconstrução de conhecimentos na busca da ressignificação do fazer, em direção ao alcance do cuidar da forma mais eficaz possível.

Um dos elementos que pode facilitar aprendizagem é o fato de o participante, ao vivenciar a simulação, não ficar somente no mental, mas também perceber suas sensações e sentimentos sem julgar se são bons ou ruins, mantendo-se atento às suas próprias reações e condutas diante da situação presente. Isso pode ajudá-lo a trabalhar as emoções e reter importantes informações acerca do cuidar, registrando-as em sua memória.

A partir do sentir e aceitando a emoção que surge em seu interior, o enfermeiro deve desenvolver maestria para trabalhar seus medos, anseios e possíveis crenças. Ao conhecer-se, pode vir a adquirir de modo processual maior autonomia sobre si mesmo. Não é somente a técnica que se tem que colocar em prática, mas o pensar e o sentir também, pois são estes que trazem segurança e crescimento em consonância com a singularidade de cada pessoa. Por isso se diz que as experiências e lembranças da simulação tornam-se memória viva.

Outro fato de valor e relevância na assistência à saúde e na enfermagem encontra-se na correlação que se estabelece entre liderança, trabalho em equipe e comunicação, lembrando que a gestão se faz presente no ato de cada decisão e no modo como o processo do cuidar será conduzido, mediante ações que devem atender às demandas do serviço e da pessoa assistida. De maneira humanizada e integrada, e nessa perspectiva, o enfermeiro poderá olhar para diferentes dimensões do cuidado individualizado que será provido durante a assistência.

Em relação aos componentes vulneráveis da simulação, surgiram posturas e condutas saudáveis antes e após a simulação e, em alguns espaços, houve a presença de desconforto perante posturas inadequadas por parte de alguns facilitadores manifestadas durante o processo da simulação.

O sentimento de desconforto chegou a criar um clima por vezes constrangedor para os participantes da simulação, caracterizado pelo receio de errar e ao mesmo tempo de se sentir exposto diante dos colegas.

Essa realidade torna-se ainda mais complexa quando vem acompanhada do estresse, que pode gerar instabilidade emocional e interferir no desempenho dos participantes, levando-os, conseqüentemente, a subestimar os conhecimentos já adquiridos.

Um fator preocupante presente nas simulações foi a insuficiência de conhecimentos teóricos dos participantes, pois é esperado que estes apresentem conhecimentos básicos sobre o tema central a ser abordado para que possam resgatar conteúdos importantes durante a execução da tarefa, relacionando-os com a teoria e a prática, e com o modo como analisam sua vivência durante o processo.

Chamaram também atenção algumas das falas, nas quais os entrevistados pontuaram que nem todos os facilitadores estão preparados para uma condução

adequada durante todo o processo da simulação, em razão da maneira como abordaram os participantes em determinados momentos da estratégia.

Diante dessas considerações, o facilitador deve proporcionar aos participantes condições de olhar de forma natural para o que estão aprendendo e ao mesmo tempo para o que devem aprender, a fim de extrair conhecimentos da simulação vivenciada em um clima saudável e possível de se trabalhar.

O facilitador deve também compreender que os participantes têm condições de argumentar e contribuir para o crescimento de todo grupo, a partir da autocrítica e autoanálise. Nesse sentido, deve assegurar espaço para o erro, o acerto e o acolhimento e abertura para a escuta e para expressar o que foi vivenciado.

Este estudo foi desenvolvido e concretizado em seu escopo. Seguramente, deixou ainda em aberto algumas indagações, mas também trouxe pérolas a serem trabalhadas na estratégia da simulação. Com espaço para criar ou recriar, tendo como base ferramentas que aproximam cada vez mais o participante de seu real propósito em aprender, pode-se ir além da realidade, no sentido de poder transcender diante daquilo que já se conhece. Para tanto, é importante o aprendiz acreditar que pode avançar com novas maneiras de olhar, identificando as potencialidades geradas nesta estratégia e viabilizando o alcance de novos conhecimentos para além da dimensão técnica.

Essa realidade se estende ao facilitador e ou enfermeiro educador, na medida em que este estudo tornou possível emergir ferramentas que envolvem desde os aspectos tecnológicos, como a comunicação e a informação até, e sobretudo, a valorização do humano no relacionamento e a dimensão do saber no processo de desenvolvimento, contribuindo, assim, para fortalecer a estratégia da simulação como recurso para a melhoria da assistência na enfermagem.

7 REFERÊNCIAS

7 REFERÊNCIAS

Aebersold M, Tschannen D. Simulation in nursing practice: the impact on patient care. Manuscript 6. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing* [Internet]. 2013 [cited 2016 Jun 14]; 18(2). Available from: <http://nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-18-2013/No2-May-2013/Simulation-in-Nursing-Practice.html>. DOI: 10.3912/OJIN.Vol18No02Man06.

Agência Nacional de Aviação Civil [Internet]. Brasília; 2006-2014. [atualizado 2014; citado 2014 fev. 14]. Disponível em: <http://www2.anac.gov.br/simulador/>.

Alinier G. Developing high-fidelity health care simulation scenarios: a guide for educators and professionals. *Simulation & Gaming: Na Interdisciplinary Journal*. 2011; 42(1): 9-26.

Antonello CS. Aprendizagem na ação revisitada e seu papel no desenvolvimento de competências. *Aletheia*. 2007; 26:146-67.

Baptista RCN, Pereira MFCR, Martins JCA. Simulação no ensino da graduação em enfermagem: evidências científicas. In: Martins JCA, Mazzo A, Mendes IAC, Rodrigues MA, organizadores. *A simulação no ensino de enfermagem*. Ribeirão Preto: SOBRACEN; 2014. p. 65-81.

Biernacki P, Waldorf D. Snowball Sampling: problems and techniques of chain referral sampling. *Sociological Methods Research*. 1981; 10(2):141-63.

Boet S, Bould D, Fung L, Qosa H, Perrier L, Tavares W, et al. Transfer of learning and patient outcome in simulated crisis resource management: a systematic review. *Can J Anesth* [Internet]. 2014 [cited 2016 Jun 14]; 61:571-82. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24664414>. DOI: 10.1007/s12630-014-0143-8.

Borges MC, Miranda CH, Santana RC, Bollela VR. Avaliação formativa e feedback como ferramenta de aprendizado na formação de profissionais de saúde. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2014; 47(3): 324-31.

Brasil. Resolução 466/2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 12 dez. 2012.

Cahill L; Alkire M. Epinephrine enhancement of human memory consolidation: interaction with arousal at encoding. *Neurobiol Learn Mem*. 2003; 79:194-8.

Cahill L, Gorski L, Le K. Enhanced human memory consolidation with post-learning stress: interaction with the degree of arousal at encoding. *Learn Mem*. 2003; 10:270-4.

- Cahill L, McGaugh JL. Mechanisms of emotional arousal and lasting declarative memory. *Trends Neuroscience*. 1998; 21:294-9.
- Capra F. *As conexões ocultas: ciência para uma vida sustentável*. Trad. de Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Cultrix; 2005.
- Carmagnani MIS. Trabalho em equipe. In: Harada MJCS, organizadora. *Gestão em enfermagem: ferramenta para prática segura*. São Caetano do Sul: Yendis; 2011. p.9-15.
- Cheng A, Hunt EA, Donoghue A et al. Examining pediatric resuscitation education using simulation and scripted debriefing: a multicenter randomized trial. *JAMA Pediatr*. 2013; 167:1-9.
- Chiniara G et al. Simulation in healthcare: a taxonomy and a conceptual framework for instructional design and media selection. *Medical Teacher* [Internet]. 2013 [cited 2016 Sep 16]; 35(8):e1380–e1395. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23121247>. DOI: 10.3109/0142159X.2012.733451.
- Chizzotti A. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. 5ª ed. São Paulo: Cortez; 2001.
- Corvetto M, Bravo MP, Montaña R, Utili F, Escudero E, Boza C, et al. Simulación en educación médica: una sinopsis. *Rev Med Chile*. 2013; 141:70-9.
- Costa RRO et al. O uso da simulação no contexto da educação e formação em saúde e enfermagem: uma reflexão acadêmica. *Revista Espaço para a Saúde*. 2015; 16(1): 59-65.
- Coutinho VRD, Martins JCA, Pereira MFCR. Construção e validação da escala de avaliação do debriefing associado à simulação (EADaS). *Revista de Enfermagem Referência*. 2014; 2:41-50.
- Decker S. Integrating guided reflection into simulated learning experiences. In: Jeffries PR. *Simulation in nursing education: from conceptualization to evaluation*. New York: NLN; 2007. p. 73-85.
- Dias, RD. *Nível de estresse durante o atendimento às emergências: comparação entre realidade e cenários simulados* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2015.
- Dunnington RM. Presence with scenario-based high fidelity human patient simulation. *Nurs Sci Q*. 2014; 27(2):157-64.
- Endacott R, Bogossian FE, Cooper SJ, Forbes H, Kain VJ, Young SC, et al. Leadership and teamwork in medical emergencies: performance of nursing students and registered nurses in simulated patient scenarios. *J Clin Nurs*. 2014; 24:90-100.
- Eppich W, Cheng A. Promoting excellence and reflective learning in simulation (Pearls): development and rationale for a blended approach to health care simulation debriefing. *Sim Healthcare*. 2015; 10:106-15.

- Fanning RM, Gaba DM. The role of debriefing in simulation-based learning. *Simul Healthcare*. 2007; 2(1):1-11.
- Flato UAP, Guimarães HP. Educação baseada em simulação em medicina de urgência e emergência: a arte imita a vida. *Rev Bras Clin Med*. 2011; 9(5):360-4.
- Flick U. Introdução à pesquisa qualitativa. Trad. de Joice Elias Costa. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
- Fonseca AS, Janicas RCSV, Gentil GC, Mendonça CA. Processo ensino-aprendizagem no centro de simulação realística: relato de experiência. *Revista Nursing*. 2012; 14(168): 256-60.
- Gaba DM. The future vision of simulation in health care. *Qual Saf Health Care*. 2004; 13(Suppl1): i2-i10.
- Garden AL, Le Fevre DM, Waddington HL, Weller JM. Debriefing after simulation-based non-technical skill training in healthcare: a systematic review of effective practice. *Anaesth Intensive Care*. 2015; 43(3):300-308.
- Gomez MV, Vieira JE, Scalabrini Neto, A. Análise do perfil de professores da área da saúde que usam a simulação como estratégia didática. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2011; 35(2):157-62.
- Goodman LA. Snowball Sampling. In: *The annals of Mathematical Statistics*. 1961; 32:148-70.
- Hallenbeck VJ. Use of high-fidelity simulation for staff education/development: a systematic review of the literature. *Journal for Nurses in Staff Development*. 2012; 28(6):260-69.
- Handcock MS, Gile KJ. Comment: on the concept of snowball sampling. *Sociol Methodol*. 2011; 41: 367-71.
- Heckathorn DD. Snowball versus respondent-driven sampling. *Sociol Methodol*. 2011; 41(1):355-66.
- Herrmann EK. Remembering Mrs. Chase. *Imprint National Students Nurse Association*. 2008; 55(2): 52-5.
- Horsley TL, Bensfield LA, Sojka S, Schmitt A. Multiple-patient simulations. *Nurse Educator*. 2014; 39(6):311-5.
- Houaiss A, Villar MS. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001. p. 2575.
- Hovancsek MT. Using simulations in nursing education. In: Jeffries PR. *Simulation in nursing education: from conceptualization to evaluation*. New York: NLN; 2007. p. 1-9.
- Hssain I, Alinier G, Souaiby N. In-Situ simulation: a different approach to patient safety through immersive training. *Med Emergency*. 2013; 15:17-28.

- Hsu LL, Chang WH, Hsieh SI. The effects of scenario-based simulation course training on nurses communication competence and self-efficacy: a randomized controlled trial. *J Prof Nurs*. 2015; 31:37-49.
- Jeffries PR, Rogers KJ. Theoretical framework for simulation design. New York: NLN; 2007. *Simulation in nursing education: from conceptualization to evaluation*; p. 21-34.
- Kaddoura MA. New graduate nurses perceptions of the effects of clinical simulation on their critical thinking, learning and confidence. *Journal of Continuing Education in Nursing*. 2010; 41(11):506-16.
- Khanduja PK, Bould MD, Naik VN, Hladkowitz E, Boet S. The role of simulation in continuing medical education for acute care physicians: a systematic review. *Crit Care Med*. 2015; 43:186-93.
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
- Konia M, Yao A. Simulation a new educational paradigm? *The Journal of Biomedical Research*. 2013; 27(2):75-80.
- Kroning M. The importance of integrating active learning in education. *Nurse Educ Pract*. 2014; 14:447-8.
- Kvale S. *Interviews: an introduction to qualitative research interviewing*. California: SAGE Publications; 1996.
- Leopardi MT, Beck CLC, Nietzsche EA, Gonzle RM. *Metodologia da pesquisa*. Santa Maria: Pallotti; 2001.
- Levett-Jones T, Lapkin S. A systematic review of the effectiveness of simulation debriefing in health professional education. *Nurse Educ Today*. 2014; 34:e58-e63.
- Lewis R, Strachan A, Smith MM. Is high fidelity simulation the most effective method for the development of non-technical skills in nursing? A review of the current evidence. *The Open Nursing Journal*. 2012; 6:82-9.
- Li LH, Wen HC, Suh IH. The effects of scenario-based simulation course training on nurses' communication competence and self-efficacy: a randomized controlled trial. *J Prof Nurs*. 2015; 31:37-49.
- Macedo, L. Situao-problema: forma e recurso de avaliao, desenvolvimento de competncias e aprendizagem escolar. In: Perrenoud P, Thurler MG, Macedo L, Machado NJ, Alessandrini CD. *As competncias para ensinar no sculo XXI: a formao dos professores e o desafio da avaliao*. Trad. de Claudia Schilling e Fatima Murad. Porto Alegre: Artmed; 2002. p.113-135.
- McDonnell LK, Jobe KK, Dismukes RK. *Facilitating LOS debriefings: a training manual*. NASA Technical Memorandum. Ames Research Center; 1997.
- Martins JCA et al. A experincia clnica simulada no ensino de enfermagem: retrospectiva histrica. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(4): 619-25.

Martins A, Bandeira A. Aprender pela simulação: experiência do graduando. In: Martins JCA, Mazzo A, Mendes IAC, Rodrigues MA. A simulação no ensino de enfermagem. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem; 2014. p. 277-90. (Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde).

Mazzo A, Martins JCA. Integração da simulação no curriculum de enfermagem na pós-graduação. In: Martins JCA, Mazzo A, Mendes IAC, Rodrigues MA. A simulação no ensino de enfermagem. Ribeirão Preto: SOBRACEN; 2014. p.111-24.

Meakin C, Boese T, Decker S, Franklin AE, Gloe D, Lioce L, Sando CR, Borum JC. Standards of best practice: simulation standard I: terminology. *Clinical Simulation in Nursing*. 2013; 9(6S): S3-S11.

Michigan Board of Nursing - LARA [Internet]. Michigan; [199-]-2015. [atualizado 2015; citado 2015 mai. 2]. Disponível em: http://www.michigan.gov/lara/0,4601,7-154-72600_72603_27529_27542---,00.html.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

Morin E. Introdução ao pensamento complexo. Trad. de Eliane Lisboa. 4ª ed. Porto Alegre: Sulina; 2011a.

Morin E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. Trad. de Catarina Eleonora F. da Silva e Jeanne Sawaya. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 2011b.

Morin E. A cabeça bem-feita: repensar a reforma, repensar o pensamento. 19ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2011c.

Motola I, Devine LA, Chung HS, Sullivan JE, Issenberg SB. Simulation in healthcare education: a best evidence practical guide. *Med Teach*. 2013; 35:e1511-30.

National League for Nursing Simulation Innovation Resource Center (NLN-SIRC). SIRC Glossary. [Internet]. Washington, DC; 2013. [atualizado 2013, citado 2016 mar. 3]. Disponível em: <http://sirc.nln.org/mod/glossary/view.php?id=183>.

Oliveira SN, Prado ML, Kempfer SS. Utilização da simulação no ensino da enfermagem: revisão integrativa. *Rev Min Enferm*. 2014; 18(2):487-95.

Organização da Aviação Civil Internacional [Internet]. Montreal; 2016 [atualizado 2016; citado 2016 jun. 16]. Disponível em: <http://www.icao.int/safety/SafetyManagement/Pages/default.aspx>.

Payne JD, Jackson ED, Hoscheidt S, Ryan L, Jacobs WJ, Nadel L. Stress administered prior to encoding impairs neutral but enhances emotional long-term episodic memories. *Learn Mem*. 2007; 14: 861-8.

Peduzzi M, Leonello VM, Ciampone MHT. Trabalho em equipe e prática colaborativa. In: Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 103-14.

- Raurell-Torreda M, Olivet-Pujol J, Romero-Collado A, Malagon-Aguilera MC, Patiño-Masó J, Baltasar-Bagué. Case-based learning and simulation: useful tools to enhance nurses' education? Nonrandomized controlled trial. *Journal of Nursing Scholarship*. 2015; 47(1): 34-42.
- Roh YS, Kelly M, Ha EH. Comparison of instructor-led versus peer-led debriefing in nursing students. *Nursing and Health Sciences* [Internet]. 2016 [cited 2016 Sep 16]; 18(2):238-45. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26833934>. DOI:10.1111/nhs.12259
- Rolfe JM, Staples KJ. *Flight simulation*. Cambridge: University Press; 1986.
- Ryall T, Judd BK, Gordon CJ. Simulation-based assessments in health professional education: a systematic review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2016; 9:69-82.
- Savoldelli GL, Naik VN, Park J, Joo HS, Chow R, Hamstra SJ. Value of debriefing during simulated crisis management: oral versus video-assisted oral feedback. *Anesthesiology*, 2006; 105:279-85.
- Sawyer T, Sierocka-Castaneda A, Chan D, Berg B, Lustik M, Thompson M. The effectiveness of video-assisted debriefing versus oral debriefing alone at improving neonatal resuscitation performance. *Sim Healthcare*. 2012; 7:213-221.
- Silva MJP. Comunicação como ferramenta de gestão. In: Harada MJCS, organizadora. *Gestão em Enfermagem: ferramenta para prática segura*. São Caetano do Sul: Yendis; 2011. p. 95-103.
- Smith-Stoner M. Using the moulage to enhance educational instruction. *Nurse Educ*. 2011; 36(1): 21-4.
- Steinwachs B. How to facilitate a debriefing. *Simulation Gaming*. 1992; 23:186-95.
- Teixeira INDO, Felix JVC. Simulação como estratégia de ensino em enfermagem: revisão de literatura. *Interface-Comunic e Saude Educ*. 2011; 15(39):1173-83.
- Vasconcellos CS. Metodologia dialética em sala de aula. In: *Revista de Educação AEC*. 1992; 83.
- Vogel S, Schwabe L. Learning and memory under stress: implications for the classroom. *Njp Science of Learning* [Internet]. 2016 [cited 2016 Sep 16]; 16011. Available from: <http://www.nature.com/articles/npjscilearn201611>. DOI:10.1038/npjscilearn.2016.11.
- Walsh CM, Ling SC, Wang CS, Carnahan H. Concurrent versus terminal feedback: it may be better to wait. *Acad Med*. 2009; 84(suppl 10):S54-57.
- Wang EE. Simulation and adult learning. *Dis Mon* [Internet]. 2011 [cited 2016 Sep 16]; 57:664-78. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22082552>. DOI: 10.1016/j.disamonth.2011.08.017.

Warren JN, Luctkar-Flude M, Godfrey C, Lukewich J. A systematic review of the effectiveness of simulation-based education on satisfaction and learning outcome in nurse practitioner programs. *Nurse Educ Today*. 2016; 46:99-108.

Weiner GM. Self-directed versus traditional classroom training for neonatal resuscitation. *Pediatrics*. 2011; 127(4):713-9

World Health Organization. Patient safety curriculum guide: multiprofessional edition. Geneva: World Health Organization; 2011.

Yu A, Flott K, Chainani N, Fontana G, Darzi A. Patient Safety 2030. [Internet]. London, UK: NIHR Imperial Patient Safety Translational Research Centre; 2016 [cited 2016 Sep 16]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/news_events/ps-2030-report.pdf?ua=1.

Zigmont JJ, Kappus LJ, Sudikoff SN. Theoretical foundations of learning through simulation. *Semin Perinatol*. 2011; 35:47-51.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Catarina Terumi Abe Mendonça, mestranda da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, venho convidá-lo(a) a participar da pesquisa em desenvolvimento, intitulada “VIVÊNCIA DO ENFERMEIRO EM SIMULAÇÃO DE ALTA FIDELIDADE NO CONTEXTO DA SAÚDE”, a qual tem por objetivo: analisar a vivência do enfermeiro como participante da estratégia da simulação de alta fidelidade no contexto da saúde.

Este estudo se justifica, pois, mediante a participação dos enfermeiros que vivenciaram a simulação de alta fidelidade, será possível ampliar os conhecimentos dos educadores que trabalham com essa estratégia.

Aceitando participar deste estudo, o Sr. ou Sra preencherá um questionário quanto a sua formação e, também, responderá duas questões numa entrevista para poder relatar sua vivência com simulação de alta fidelidade. Se concordar, a entrevista será gravada em áudio e, posteriormente, transcrita, mas a sua identificação não será revelada sob nenhuma hipótese. A entrevista terá em média duração de trinta minutos e será realizada no local e momento acordado entre participante e pesquisadora.

Neste estudo, existe risco mínimo, no caso de ser percebido ou expressado algum desconforto, a pesquisadora fará uma pausa, abrindo espaço para escuta e esclarecimentos que couberem. Também trará benefícios, pois tem potencial para ampliar reflexões e discussões entre os facilitadores que utilizam desta estratégia no ensino e na saúde.

Gostaria de esclarecer que a sua participação é voluntária. Nada será cobrado por ela, assim como não haverá remuneração financeira caso você participe. O Sr. ou a Sra poderá recusar-se a participar da pesquisa em qualquer fase, inclusive podendo abandoná-la quando desejar, sem que isso lhe traga prejuízos de qualquer espécie.

Caso o participante tenha alguma despesa decorrente de sua participação na pesquisa, a pesquisadora responsável compromete-se atender o ressarcimento do valor, mediante apresentação do comprovante. Este será efetuado via conta bancária do participante ou em cheque nominal, como ele assim desejar. Ainda, a pesquisadora garante indenização ao participante diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Será garantida a manutenção do anonimato e da privacidade do participante durante todas as suas fases da pesquisa. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverá ser rubricado em todas as suas páginas e assinado por você em duas vias, sendo que uma via ficará com você.

Desde já agradeço a sua colaboração e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos durante todas as etapas da pesquisa.

Seguem meus dados para contato: celular (11) 997296505; e-mail: catarinaabe@usp.br e endereço: Rua Doutor Luis Augusto de Queirós Aranha, 685 – Vila Madalena - CEP: 05453-001 - São Paulo - SP.

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Endereço - Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira Cesar – São Paulo/SP CEP – 05403-000 Telefone- (11) 30618858 e-mail – cepee@usp.br

Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura do participante

Data ____/____/____

APÊNDICE B - Questionário

Código numérico de identificação do participante _____

Mês _____ Ano _____

Observação: o preenchimento dos dados acima será realizado pela pesquisadora acompanhado de um código numérico, para o participante não ser identificado.

I- Identificação
1.1 Idade: _____ anos
1.2 Sexo: () Feminino () Masculino
II- Formação Acadêmica
2.1 Há quanto tempo concluiu o Curso de Graduação? () 0 a 1 ano () 2 a 3 anos () 4 a 5 anos () 6 anos ou mais
2.2 Possui curso de Pós Graduação? () Sim () Não Caso sim. Qual (ais). Citar _____
2.3 Participou de simulação de alta fidelidade durante a sua formação acadêmica? () Sim () Não Se sim, _____ vezes.
III- Atividade Profissional
3.1 Tempo de atuação profissional como enfermeiro (a), possui aproximadamente: _____ anos
3.2 Atualmente atua em instituição(ões): () Pública () Privada
3.3 Área de atuação () Pré-hospitalar () Hospitalar () Ambulatorial () Domiciliar Outros _____

IV- Aprimoramento Profissional
4.1 A instituição em que atua profissionalmente possui Serviço de Educação Permanente/Continuada? () Sim () Não
4.2 Quantos cursos/treinamentos participou envolvendo a simulação de alta fidelidade para o seu aprimoramento profissional? () 1 () 2 () 3 () 4 ou mais
4.3 Quantos cursos de atualização e outros você participou no último ano? () Nenhum () 1 () 2 () 3 ou mais