



Construção de um roteiro teórico-prático para simulação clínica*

Development of a theoretical-practical script for clinical simulation

Construcción de un guión teórico práctico para la simulación clínica

Renata Paula Fabri¹, Alessandra Mazzo¹, José Carlos Amado Martins², Ariadne da Silva Fonseca³, César Eduardo Pedersoli⁴, Fernanda Berchelli Girão Miranda¹, Laís Fumincelli¹, Rui Carlos Negrão Baptista²

Como citar este artigo:

Fabri RP, Mazzo A, Martins JCA, Fonseca AS, Pedersoli CE, Miranda FBG, et al. Development of a theoretical-practical script for clinical simulation. Rev Esc Enferm USP. 2017;51:e03218. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016016403218>

* Extraído da dissertação: "Construção de roteiro teórico-prático para atividade simulada", Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2015.

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

² Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal.

³ Rede de Hospitais São Camilo, Instituto de Ensino e Pesquisa, São Paulo, SP, Brasil.

⁴ Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To develop a theoretical-practical script based on the opinion of experts to be used in simulated clinical activities. **Method:** Qualitative study through analysis of content of interviews with experts on the theme in order to develop the proposed script. Of the 24 invited experts, 12 specialists from educational institutions in Brazil and abroad participated in the study in compliance with the ethical precepts. The experts responded to questions on the characterization of their study attributes and described the items required for the development of a simulated scenario. In view of the responses obtained, data content was analyzed and classified into units and subunits of significance. **Results:** The items mentioned for the development of the script generated seven units of significance. The units and subunits of significance were gathered in three stages of the main components of the simulated scenario: prior, preparation, and finals. **Conclusion:** This study enables an innovative, stimulating teaching experience, making it easier for professors to use the simulation resource as a learning process in an effective and objective manner, as a guide to professors and researchers in the area of clinical simulation.

DESCRIPTORS

Simulation; Education, Nursing; Learning.

Autor correspondente:

Alessandra Mazzo
Escola de Enfermagem de Ribeirão
Preto, Universidade de São Paulo
Av. Bandeirantes, 3900 – Campus
Universitário – Bairro Monte Alegre
CEP 14040-902 – Ribeirão Preto, SP, Brasil
amazzo@eerp.usp.br

Recebido: 11/05/2016
Aprovado: 20/01/2017

INTRODUÇÃO

Durante o processo de formação de um indivíduo para a prática profissional de assistência à saúde, a experiência clínica é uma parte significativa da formação, especialmente na enfermagem, uma vez que prepara os graduandos para a prática da profissão. Todavia, em muitas ocasiões, a falta de autoconfiança dos alunos diminui o desempenho esperado e aumenta os níveis de ansiedade, afetando o graduando negativamente. Por esse motivo, é importante adotar estratégias de ensino que promovam a aprendizagem, diminuam a ansiedade e o estresse, bem como aumentem a autoconfiança. Nesse sentido, o uso do ensino simulado tem se mostrado como uma importante ferramenta do processo de ensino-aprendizagem⁽¹⁾.

A simulação promove o contato prévio do estudante com as intervenções de enfermagem em ambientes controlados, que permitem o erro, o treino e a repetição, antes da vivência, em situação real. Dessa forma, leva a excelência nos processos e traz elevados padrões de segurança. A segurança do paciente é hoje uma questão de alta prioridade, uma vez que se trata de um problema global que afeta milhões de pessoas, resultando em incapacidades, lesões ou mortes⁽²⁻³⁾.

Desenvolve a autoconfiança e minimiza o impacto psicológico, da execução do cuidado no paciente⁽⁴⁻⁵⁾. Do ponto de vista do aprendizado pode ser considerada mais didática do que as situações vivenciadas em contexto real, uma vez que, estrategicamente, é focada em objetivos definidos e ocorre em ambiente controlado, em que o erro é passível e o reconstruir do aprendizado é constante⁽¹⁾.

Para que sejam efetivas, as práticas simuladas devem ser planejadas obedecendo a um nível crescente de complexidade, o que possibilita ao estudante demonstrar competência adquirida em cada fase de formação⁽⁶⁻⁷⁾. Nesse sentido, é imprescindível a construção de cenários clínicos bem planejados, que reportem o aluno ao mais próximo possível da realidade, possibilitando experiências cognitivas, psicomotoras e afetivas que contribuam para a transferência de conhecimento da sala de aula para os ambientes clínicos⁽⁸⁾.

Embora existam associações com relevante e profícuo trabalho no assunto, a sistematização da construção do cenário ainda hoje é discutida pelos especialistas da área. Como o planejamento e a execução da atividade simulada são importantes quando se relacionam com os objetivos da aprendizagem, torna-se imprescindível o uso de ferramentas que possam instrumentalizar a atividade do professor/facilitador⁽⁹⁻¹²⁾.

Um roteiro norteador da construção de cenários clínicos simulados surge como uma proposta inovadora e promissora e, nesse sentido, este estudo tem como objetivo construir, com base na opinião de peritos, um roteiro teórico-prático para uso em atividade clínica simulada.

MÉTODO

Estudo qualitativo de elaboração do roteiro teórico prático em atividade clínica simulada.

Para a construção do roteiro, foi utilizada a análise de conteúdo de entrevistas de peritos no assunto. A análise de conteúdo consiste em um conjunto de técnicas para a realização de análises durante o processo de leitura dos resultados, sistematizada por conceitos imprescindíveis, os quais podem ser descritos por:

objetividade, sistematicidade, conteúdo manifesto, unidades de registro, unidades de contexto, construção de categorias, análise categorial, inferência e condições de produção⁽¹³⁾.

Nesse sentido, para a seleção dos especialistas no assunto foi utilizada a técnica “bola de neve” (*snowball technique*)⁽¹⁴⁾. Para análise dos peritos, os *experts* foram convidados e caracterizados segundo os critérios propostos por Fehring⁽¹⁵⁾. Foram considerados para a inclusão titulação em mestre em enfermagem, tese de doutorado na área de interesse do estudo, experiência na prática clínica, pesquisa na área de interesse do estudo, artigos publicados sobre o assunto, participação em eventos na área⁽¹⁵⁾.

Para o desenvolvimento do estudo, foi solicitada a participação dos peritos por meio do preenchimento do Instrumento de Caracterização dos Sujeitos, de um instrumento para descrição dos itens imprescindíveis à construção de um roteiro teórico-prático para atividade simulada, e de instrumento de coleta que continha a seguinte pergunta aberta: *Quais itens são imprescindíveis para a construção de um cenário simulado.*

Conforme a técnica “bola de neve” (*snowball technique*)⁽¹⁴⁾, os instrumentos de coleta de dados foram encaminhados a um profissional (informante-chave), o qual colaborou com o nome e o endereço eletrônico de três profissionais que atendessem aos critérios de inclusão do estudo. Junto ao convite de participação no estudo, foi encaminhado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e os objetivos da pesquisa. Aos peritos convidados, foi solicitada a devolução dos instrumentos de coleta de dados após um período máximo de 30 dias.

Dos 24 convidados especialistas no assunto de diversas instituições de ensino do Brasil e do exterior e de Centros de Simulação Clínica, 12 concordaram com a participação no estudo e retornaram o instrumento preenchido via eletrônica. Os participantes foram identificados como sujeitos (S) de 1 a 12.

Os dados relacionados à caracterização dos sujeitos foram agrupados conforme gênero, idade, ano de conclusão de graduação, curso de formação, tempo de atuação em anos na área, titulação acadêmica e experiência com uso da simulação clínica.

Para análise de conteúdo, diante das respostas obtidas, os dados foram categorizados, classificados e quantificados para a interpretação dos resultados. Após leitura exaustiva da categorização primária dos dados, estes foram realinhados em grupos maiores por contextos, referentes à construção da atividade simulada e de acordo com os assuntos explicitados nas mensagens originais dos entrevistados. Na sequência, foram relacionados em unidades de significância e em unidades contextuais, que abordam mensagens na íntegra segundo os participantes.

A categorização dos resultados foi fundamentada nos seguintes critérios: uniformidade, leitura exaustiva dos textos, classificação adequada, objetividade na interpretação e adequação aos objetivos do estudo⁽¹⁶⁾. Após a organização dos dados em grupos, foram identificados os componentes principais para compor o roteiro proposto. Foram ainda averiguadas a repetição de dados em alguns contextos, os quais foram agrupados em subunidades de significância, para compor e complementar os dados primários.

Este estudo foi submetido e aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Brasil (CONEP), sob

o Parecer 505.722, 18/12/2013. Ao grupo de especialistas participantes, foram garantidos o anonimato e a liberdade de interrupção na participação do estudo.

RESULTADOS

Entre os 12 especialistas respondentes, nove eram do gênero feminino e três do gênero masculino. A média de idade foi de 38,8 anos. Todos eram formados em Enfermagem, entre os anos de 1981 e 2007. Com relação ao tempo de formação, dois se formaram há mais de 30 anos, três entre 21 e 28 anos, cinco entre 11 e 16 anos e dois há 8 anos. Com relação à titulação acadêmica, sete entrevistados informaram que cursaram pós-graduação em curso *lato sensu*; 10 cursaram mestrado; cinco concluíram o doutorado; e três estão cursando o doutorado.

Quanto à atuação, 10 são docentes de graduação em Enfermagem, um é enfermeiro clínico e um é responsável por Centro de Simulação Realística. Em relação ao tempo de atuação profissional na área atual, um informa até 1 ano, quatro até 7 anos, cinco entre 9 e 14 anos e dois acima de 25 anos. Quanto às experiências profissionais anteriores, todos os sujeitos informaram que já atuaram em instituições hospitalares no cuidado direto com os pacientes e dois também atuaram em serviços de atenção primária em saúde.

Em relação ao uso da simulação clínica, todos os sujeitos informaram experiências no ensino simulado e participação

em eventos científicos da área nos 2 últimos anos. Entre os sujeitos, oito informaram que possuem produção científica divulgada na área de simulação clínica.

Por meio da análise de conteúdo das respostas recebidas dos peritos, foi realizada a elaboração do roteiro teórico-prático da atividade simulada, resultando em sete unidades de significância: 1. Conhecimento prévio do aprendiz, 2. Objetivos da aprendizagem, 3. Fundamentação teórica, 4. Preparo do cenário, 5. Desenvolvimento do cenário, 6. *Debriefing* e 7. Avaliação. Em algumas unidades de significância, foram ainda encontradas subunidades de significância. Após a organização dos dados em grupos de unidades e subunidades de significância, as unidades foram reunidas em três fases dos componentes principais para compor o roteiro proposto: componentes prévios, preparo e componentes finais do cenário.

No Quadro 1 são apresentadas as unidades de significância quanto aos *componentes prévios ao cenário* e as respectivas subunidades de significância segundo os peritos e as unidades contextuais.

A unidade de significância *preparo do cenário* está descrita no Quadro 2, com as justificativas por meio das subunidades de significância e contextuais das entrevistas.

Quanto à fase final do cenário, os itens destacados pelos peritos estão apresentados no Quadro 3.

Quadro 1 – Apresentação das unidades de significância dos componentes prévios ao cenário, as subunidades de significância segundo os peritos e as unidades contextuais – Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2015.

| Unidades de significância dos Componentes Prévios ao Cenário | Subunidades de significância segundo os peritos | Unidades contextuais |
|--|---|---|
| Conhecimento prévio do aprendiz | Identificar fundamentação teórica do assunto/ conhecimento prévio | S10 (...) <i>definir a complexidade do cenário conforme público-alvo e conhecimentos prévios de tais participantes.</i> |
| Objetivos da Aprendizagem | Objetivos da aprendizagem/primários/secundários | S12 (...) <i>definir metas e objetivos de aprendizagem: primários e secundários que sejam mensuráveis.</i> |
| Fundamentação Teórica | Referências Envio do material pré e pós-treinamento | S5 (...) <i>referências.</i> S9 (...) <i>envio de material pré ou pós-treinamento.</i> |

Quadro 2 – Apresentação das subunidades de significância e unidades contextuais do preparo do cenário – Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2015.

| Subunidades de significância segundo os peritos para preparo de Cenário | Unidades contextuais |
|---|---|
| Tema | S6 (...) <i>tema que será abordado no cenário.</i> |
| Nome do responsável pela elaboração Complexidade do cenário (intervenções esperadas/resultados esperados, nível complexidade/fidelidade) | S5 (...) <i>nome do responsável pela elaboração.</i> S1 (...) <i>intervenções esperadas durante o cenário.</i> S7 (...) <i>desenvolvimento do cenário (com avaliações e intervenções esperadas pelos estudantes).</i> S10 (...) <i>definir a complexidade do cenário conforme público-alvo e conhecimentos prévios de tais participantes.</i> |
| Documentação (check-list, data elaboração e revisão, descrição do cenário para o instrutor, descrição do roteiro para os atores, diagnóstico médico, estrutura do caso proposto/resumo, roteiro/instruções) | S12 (...) <i>elaborar check-list de ações prioritárias para a execução do caso que será utilizado pelo docente (e poderá ou não ser também disponibilizado aos alunos que assistirão ao cenário) para facilitar a condução do debriefing.</i> S3 (...) <i>storyboard, cena, principais ações esperadas e respostas do simulador.</i> S12 (...) <i>roteiro de instruções para atores e ou parâmetros e falas dos manequins (...).</i> S6 (...) <i>diagnóstico médico / motivo da assistência ou internação atual.</i> S5 (...) <i>descrição do caso clínico.</i> |

continua...

...continuação

| Subunidades de significância segundo os peritos para preparo de Cenário | Unidades contextuais |
|--|---|
| Recursos Materiais (Recursos disponíveis, Equipamentos e programação, Som e imagem, Recursos materiais e simuladores, Medicamentos em uso) | S9 (...) recursos disponíveis (infraestrutura e humanos). S1 (...) equipamentos e programação do cenário. S2 (...) equipe da simulação bem treinada para filmar o cenário e facilitar o debriefing. S5 (...) materiais/simuladores necessários. S6 (...) medicamentos em uso. |
| Caracterização dos simuladores/atores | S7 (...) preparação/caracterização do simulador ou ator. |
| Espaço físico/ambiente | S7 (...) ambiente (preparação do ambiente em que ocorre o cenário: cirurgia, medicina, urgência...). |
| Recursos humanos (Público-alvo, Docentes/Facilitadores/ Instrutores/ Técnicos, Formação de facilitadores, Atores, Colaboradores) | S1 (...) participantes: docentes, alunos, atores, funcionários, colaboradores. S9 (...) instrutores. S8 (...) experiência do docente na área. S2 (...) ter o ator do cenário, isto é, pessoas determinadas para interpretação do cenário a ser discutido ou solicitar à própria classe quem tem interesse em participar. S7 (...) existência ou não de apoio médico ou outro técnico/não técnico (ex.: bombeiro/amigo ou familiar). |
| Treino da equipe para a atividade | S12 (...) planejar a participação de atores e/ou manequins (roteiro de instruções para atores e/ou parâmetros e falas dos manequins...). |
| Validar cenário | S2 (...) certificar se o cenário está bem preparado. |

Quadro 3 – Apresentação das unidades de significância dos componentes finais do cenário, as subunidades de significância segundo os peritos e as unidades contextuais – Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2015.

| Unidades de significância dos Componentes finais do Cenário | Subunidades de significância segundo os peritos | Unidades contextuais |
|---|---|---|
| Desenvolvimento do cenário | Evolução da situação Fator crítico do cenário Pistas Tempo estimado do cenário/deve ser curto | S7 (...) evolução da situação (estabilização; recuperação; morte...). S8 (...) pistas que irão auxiliar o indivíduo a assimilar o cenário. |
| Debriefing | Fundamentação teórica Debriefing/planejar Pontos a serem discutidos no debriefing/pontos críticos Tempo estimado do debriefing | S2 (...) discutir com o aluno sobre o tema anteriormente. Ele precisa ter fundamentação teórica sobre o assunto. S12 (...) planejar o debriefing, respeitando suas etapas e objetivos. S3 (...) pontos a serem teorizados pelo facilitador. |
| Avaliação | Avaliação da atividade | S4 (...) impressos para avaliação da atividade. S8 (...) avaliação da atividade simulada. |

DISCUSSÃO

A construção da atividade simulada deve ser orientada com o apoio de matrizes de intencionalidade que determinam os objetivos e o foco de aprendizagem a serem alcançados pelo estudante. Na saúde, e especificamente na enfermagem, os desempenhos estão relacionados ao reconhecimento das necessidades de saúde, o que culmina em um planejamento criterioso e em um cuidado na criação da atividade⁽¹⁷⁾.

Não foram identificados na literatura estudos que tratassem especificamente de instrumentos para o desenvolvimento dos cenários simulados, tampouco estudos direcionados à construção de roteiro para tal fim, o que pode trazer uma limitação a este estudo, restringindo a sua argumentação. Dessa forma, optou-se nesta discussão pelo embasamento no uso de autores que tratam de estratégia de aprendizagem.

Entre os sujeitos do estudo, todos atuaram em instituições clínicas, o que demonstra a experiência profissional dos formadores e induz ao sucesso da construção e concretização dos cenários simulados. É imprescindível que o facilitador tenha domínio e experiência na atividade clínica que se propõe a simular, domínio das tecnologias de informação e comunicação e, ainda, capacidade de atos de dramatização. Nesse sentido, ele simplifica e dinamiza o cenário proposto, assumindo papéis de suma importância dentro do ambiente simulado⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

No que diz respeito às entrevistas dos *experts* participantes para compor o roteiro do cenário simulado, foram encontradas sete unidades de significância e suas respectivas subunidades, as quais foram organizadas em três fases de roteiro: conhecimentos prévios, preparo e componentes finais do cenário para a apresentação dos resultados do estudo.

Na fase de *Conhecimentos prévios ao cenário*, a unidade de significância *Conhecimento prévio do aprendiz* corresponde a um meio de organização para incorporar, compreender e memorizar as novas informações. São pontos-chaves de conteúdos relevantes e já existentes na sua estrutura cognitiva.

Na aprendizagem significativa há a integração construtiva do pensamento, dos sentimentos e das ações que conduzem à capacitação do aluno, ao compromisso e à responsabilidade, por meio da investigação e descrição do processo de cognição⁽²¹⁾. É um processo em que constantemente o aprendiz aprende a aprender com significado e é autor do seu próprio aprendizado⁽²²⁾. Entre as várias estratégias de aprendizagem significativa que vêm sendo utilizadas podemos destacar as que utilizam o ensino simulado. Em simulação, somente após a análise do conhecimento prévio do aprendiz, por parte do professor/facilitador, é possível definir as competências a serem alcançadas, os objetivos do cenário simulado e a complexidade da atividade⁽²³⁾.

A unidade de significância *Objetivos da aprendizagem* refere-se aos resultados pretendidos para o aprendizado do aluno e devem ser explícitos e bem definidos⁽³⁾. Foram ainda mencionados pelos *experts* a necessidade de se definir objetivos de aprendizagem primários e secundários, conforme apresentado no Quadro 1.

Por meio dos objetivos traçados, o professor/facilitador define os conteúdos abordados, as intervenções esperadas e as competências a serem adquiridas pelo aprendiz na execução do cenário. Antes da execução das atividades, os aprendizes devem receber todas as informações pertinentes e necessárias de acordo com a complexidade da simulação. Recomenda-se não ultrapassar três ou quatro objetivos para, aproximadamente, 10 minutos de simulação⁽⁵⁾.

Em relação à *Fundamentação teórica*, para o sucesso da atividade simulada e alcance dos objetivos traçados, é necessário embasamento teórico. Nesse contexto, em simulação, os casos clínicos e os treinos de habilidades desenvolvidos devem ser pautados nos melhores níveis de evidência disponíveis, e não justificados apenas por vivências pessoais dos formadores, fato que fortalece a confiança dos estudantes. Além disso, é importante levar em conta princípios como: simplicidade, brevidade, objetividade, realidade e abrangência. Os casos devem ser simples, limitando-se aos dados que irão ajudar os aprendizes na resolução da atividade⁽²³⁾.

Mediante os objetivos propostos e de acordo com as competências que se pretende alcançar, na fase de *Preparo do cenário*, o professor/facilitador pode estabelecer um tema para o cenário que será aplicado. Os cenários devem oferecer experiências cognitivas, psicomotoras e afetivas, que contribuam para a transferência de conhecimento da sala de aula aos ambientes clínicos⁽⁸⁾. Neles, o professor/facilitador deve, além de observar o nível de conhecimento dos alunos, ser criterioso no que diz respeito à originalidade, à realidade e à complexidade⁽²⁴⁻²⁵⁾. São os resultados e as intervenções esperadas, assim como os conhecimentos prévios dos participantes, que definem a escolha do nível de complexidade da atividade⁽²⁶⁾ e estabelecem um grau crescente de informação.

Conforme apresentado no Quadro 2, para facilitar a organização das atividades desenvolvidas, alguns entrevistados descrevem que na construção do cenário é interessante o uso de um *check-list* de ações, prioritárias para a execução do caso, que será utilizado pelo professor/facilitador. Para os alunos, o *check-list* terá o intuito de guiar a observação para a simulação, facilitar o *debriefing* e direcionar a reflexão⁽²⁷⁾.

Dentre os documentos necessários, descrevem ainda a necessidade da circunscrição detalhada do cenário para o professor/facilitador, técnicos e também para os atores vinculados à simulação, assim como a construção de um documento que contenha a estrutura do caso clínico, como diagnóstico médico, motivo da internação, história pregressa, sinais vitais e exames, além de outros.

Os recursos humanos também são essenciais para a construção do cenário, uma vez que foi enfatizada a necessidade de se definir o público-alvo (participantes e número de participantes); os docentes/facilitadores e os instrutores, o uso de atores e a possibilidade do uso de colaboradores (indivíduos que simulem outros profissionais ou familiares do paciente simulado). Foi ainda destacada a importância da *expertise* dos professores/facilitadores, o que já têm sido discutido por outros autores^(5,26).

A formação do professor/facilitador é de extrema importância para a realização da simulação. Na dinâmica do processo de ensino aprendizagem, é importante que os professores/facilitadores sejam primeiramente treinados com *experts* no assunto, para que possam utilizar esse recurso didático. Ainda, devem se reunir periodicamente para troca de experiências pessoais e atualização no assunto⁽²⁸⁾.

Quanto à veracidade da situação do cenário, simuladores e atores devem ser caracterizados de maneira a imitar uma situação real. Podem ser utilizados recursos como vestimentas, maquiagem e acessórios, de acordo com a necessidade do cenário pretendido⁽²⁷⁾. A utilização de atores contribui, também, para avaliação e desempenho dos estudantes mediante a situação encontrada⁽¹⁷⁾.

Com relação aos recursos materiais, foi ressaltada nas entrevistas, conforme descrito no Quadro 2, a necessidade de equipamentos de áudio e vídeo para facilitar o *debriefing*, o uso de simuladores (baixa, média e alta fidelidade, de acordo com os objetivos de aprendizagem), materiais médicos hospitalares e medicamentos em uso. Os materiais que serão utilizados devem estar disponíveis e visíveis para os alunos. No ambiente simulado, os aprendizes, assim como no ambiente clínico, permanecem em pé quase todo o tempo. Todavia, deve-se prezar por um ambiente com boa ventilação, acústica e iluminação⁽²³⁾. O sucesso do cenário simulado requer ainda outros cuidados, como testá-lo e validá-lo antes de utilizá-lo com os alunos, para que não sejam negligenciados detalhes importantes na sua execução⁽²⁶⁾.

Quanto à fase dos *Componentes finais do cenário*, a unidade de significância *Desenvolvimento do cenário* ressalta que para que o cenário seja desenvolvido, é necessário que se mencione aos participantes a evolução do caso clínico do paciente, a história pregressa e como o paciente está no momento da resolução do cenário.

Definir um limite de tempo para a simulação é outra questão importante. Não é recomendado que a atividade seja

extensa, geralmente, deve ser realizada em aproximadamente 8 a 10 minutos para execução e 20 minutos para o *debriefing*^(26,28-29). O tempo deve ser estabelecido e, mesmo que as intervenções esperadas não sejam alcançadas, o cenário deve ser encerrado. Posteriormente, os pontos relevantes e o insucesso da sua resolução, com erros e acertos, devem ser discutidos⁽²⁸⁾.

Nesse sentido, a unidade de significância *Debriefing* trata do processo em que o professor/facilitador promove em conjunto com os aprendizes o desenvolvimento do raciocínio e as habilidades de julgamento por meio do processo de aprendizagem reflexiva⁽²⁹⁾. É importante ressaltar que todo o processo do *debriefing* deve ser uma fase de esclarecimentos, planejada e direcionada para promoção do pensamento reflexivo e crítico do aluno. Deve-se manter a confidencialidade e garantir que não seja utilizado com a finalidade de avaliar ou ridicularizar a situação ou os participantes⁽²⁶⁾.

Já a unidade de significância correspondente à *Avaliação* compreende o processo de identificação do nível de competência dos alunos envolvidos na simulação, em relação ao desenvolvimento atitudinal e ao nível de conhecimento⁽²⁴⁾. Tem a finalidade de avaliar e colher informações, organizar, explicar e intervir, de forma a promover a aprendizagem significativa. Deve ser formativa, deliberada e contínua, desencadeando o desenvolvimento e a melhoria do aprendizado. Em simulação, está vinculada aos objetivos de aprendizagem e à complexidade do cenário. Deve ser realizada de forma integrada observando competências, atitudes e conhecimento⁽²⁶⁾. Poderá ser realizada por meio de formulários, os quais devem ser estabelecidos e conhecidos previamente pelos aprendizes⁽¹⁹⁾.

Para que a simulação seja eficiente e atinja os resultados esperados, ela deverá ser desenvolvida por meio de um cenário que abranja os objetivos propostos. Nesse sentido, as sete

unidades de significância que compõem este roteiro indicam os itens que devem ser organizados, relacionados à construção do cenário simulado, direcionando assim o professor/facilitador em quaisquer práticas de atividade simulada, conteúdos, disciplinas e situações que desejem promover aos alunos.

CONCLUSÃO

As orientações do roteiro teórico-prático para construção de cenário simulado representam uma importante contribuição para o processo de ensino-aprendizagem do aluno, uma vez que direcionam resultados esperados e clarificam objetivos definidos. Entre os *experts* consultados, foram citadas diversas unidades e subunidades de significância, as quais têm incorporado as recomendações dos pesquisadores e devem nortear as atividades simuladas.

Nesse sentido, embora o número de *experts* participantes possa ser considerado fator limitante desta pesquisa, a construção do roteiro teórico-prático de cenário simulado poderá contribuir de maneira efetiva para a realização da estratégia de ensino simulado (de baixa, média e de alta fidelidade).

Almeja-se que o presente estudo permita um ensino inovador, estimulante e que facilite a utilização do recurso de simulação pelo professor como processo de ensino de maneira eficiente e objetiva, e norteie docentes e pesquisadores na área de simulação clínica. Sugere-se também o desenvolvimento de mais pesquisas que auxiliem na formação de roteiros conforme o proposto. Pretende-se em estudos futuros validar a aparência e o conteúdo do instrumento, e testá-lo de forma sistemática, uma vez que se trata de uma ferramenta de fácil entendimento e de fundamental relevância em atividades simuladas na prática clínica.

RESUMO

Objetivo: Construir, com base na opinião de peritos, roteiro teórico-prático para uso em atividade clínica simulada. **Método:** Trata-se de um estudo qualitativo por meio de análise de conteúdo de entrevistas de peritos no assunto para construção do roteiro proposto. Seguido os preceitos éticos, entre os 24 peritos convidados pertencentes a instituições de ensino do Brasil e do exterior. Os peritos responderam a questões sobre a caracterização dos seus atributos de estudo e descreveram os itens imprescindíveis à construção de um cenário simulado. Diante das respostas obtidas, os dados foram analisados em relação ao seu conteúdo e organizados em unidades e subunidades de significância. **Resultados:** Participaram 12 especialistas. Os itens mencionados para construção do roteiro originaram sete unidades de significância. As unidades e suas subunidades de significância foram ainda reunidas em três fases dos componentes principais do cenário simulado: prévios, preparo e finais. **Conclusão:** Este estudo permite um ensino inovador, estimulante e possibilita a facilidade ao professor, quanto à utilização do recurso de simulação, como processo de aprendizagem de maneira eficiente e objetiva, sendo um norteador aos docentes e pesquisadores na área de simulação clínica.

DESCRITORES

Simulação; Educação em Enfermagem; Aprendizagem.

RESUMEN

Objetivo: Construir, con base en la opinión de expertos, un guión teórico-práctico para empleo en actividad clínica simulada. **Método:** Se trata de un estudio cualitativo por medio de análisis de contenido de entrevistas de expertos en el asunto para construcción del guión propuesto. Seguidos los preceptos éticos, entre los 24 expertos invitados, participaron 12 expertos pertenecientes a instituciones de enseñanza de Brasil y del extranjero. Los expertos respondieron a cuestiones acerca de la caracterización de sus atributos de estudio y describieron los puntos imprescindibles para la construcción de un escenario simulado. Ante las respuestas obtenidas, los datos fueron analizados con relación a su contenido y ordenados en unidades y subunidades de significación. **Resultados:** Participaron 12 especialistas. Los puntos mencionados para la construcción del guión originaron siete unidades de significación. Las unidades y sus subunidades de significación fueron asimismo reunidas en tres fases de los componentes principales del escenario simulado: previos, preparación y finales. **Conclusión:** Este estudio permite una enseñanza innovadora, estimulante, y posibilita la facilidad al profesor en cuanto a la utilización del recurso de simulación, como proceso de aprendizaje de manera eficiente y objetiva, siendo un orientador para los docentes e investigadores en el área de simulación clínica.

DESCRIPTORES

Simulación; Educación en Enfermería; Aprendizaje.

REFERÊNCIAS

1. Dearmon V, Graves RJ, Hayden S, Mulekar MS, Lawrence SM, Jones L, et al. Effectiveness of simulation-based orientation of baccalaureate nursing students preparing for their first clinical experience. *J Nurs Educ*. 2013;52(1):29-38.
2. World Health Organization. WHO Patient Safety. Patient safety curriculum guide: multi-professional edition. Geneva: WHO; 2011.
3. Gimenes FRE, Cassiani SHB. Segurança e qualidade dos cuidados. In: Martins JCA, Mazzo A, Mendes IAC, Rodrigues MA. *A Simulação no ensino de enfermagem*. Ribeirão Preto: SOBRACEN; 2014. p. 39-51.
4. Martins JCA, Mazzo A, Baptista RCN, Coutinho VRD, Godoy S, Mendes IAC, et al. The simulated clinical experience in nursing education: a historical review. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(4):619-25.
5. Jeffries PR. Designing simulations for nursing education. In: Oermann MH, Heinrich KT, editors. *Innovations in curriculum teaching and student and faculty development*. New York: Kase Printing; 2006.p. 161-77.
6. Medley CF, Horne, C. Using simulation technology for undergraduate nursing education. *J Nurs Educ*. 2005;44(1):31-4.
7. Nehring WM, Lashley FR. Current use and opinions regarding human patient simulators in nursing education: an international survey. *Nurs Educ Perspect*. 2004;25(5):244-8.
8. Tuoriniemi P, Schott-Baer D. Implementing a high fidelity simulation program in a community college setting. *Nurs Educ Perspect*. 2008;29(2):105-09.
9. International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning. Clinical simulation in nursing [Internet]. Florida: INACSL; 2016 [cited 2016 Aug 10]. Available from: <http://www.nursingsimulation.org/>
10. Alinier G. A guide for developing high-fidelity simulation scenarios in healthcare education and continuing professional development. *Simul Gaming*. 2011;42(1):9-26.
11. Ten Eyck RP. Simulation in emergency medicine training. *Pediatr Emerg Care*. 2011;27(4):333-41.
12. Tsukamoto T, Ohira Y, Noda K, Takada T, Ikusaka M. The contribution of the medical history for the diagnosis of simulated cases by medical students. *Int J Med Educ*. 2012;3:78-82.
13. Rocha D, Deusdará B. Análise de conteúdo e análise do discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória. *Alea*. 2005;7(2):305-22.
14. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre: Artmed; 2011.
15. Fehring R. Methods to validate nursing diagnoses. *Heart Lung*. 1987;16(6 Pt 1):625-9.
16. Oliveira DC. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2008 [citado 2015 abr. 04];16(4):569-76. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reuerj/v16n4/v16n4a19.pdf>
17. Varga CRR, Almeida VC, Germano CMR, Melo DG, Chachá SGF, Souto BGA, et al. Relato de experiência: o uso de simulações no processo de ensino-aprendizagem em medicina. *Rev Bras Educ Méd*. 2009;33(2):291-7.
18. Jeffries PR. *Simulation in nursing education from conceptualization to evaluation*. New York: National League for Nursing; 2007.
19. Reid-Searl K, Eaton A, Vieth L, Happell B. The educator inside the patient: students' insights into the use of high fidelity silicone patient simulation. *J Clin Nurs*. 2011;20(2):752-60.
20. Gomez MV, Vieira JE, Scalabrini Neto A. Análise do perfil de professores da área da saúde que usam a simulação como estratégia didática. *Rev Bras Educ Méd*. 2011;35(2):157-62.
21. Moreira MA. Aprendizagem significativa: um conceito subjacente. *Meaning Learn Rev* [Internet]. 2011 [citado 2015 out. 13];1(2):25-46. Disponível em: http://www.if.ufrgs.br/asr/artigos/Artigo_ID16/v1_n3_a2011.pdf
22. Gomes CO, Germano RM. Processo ensino/aprendizagem no laboratório de enfermagem: visão de estudantes. *Rev Gaúch Enferm* [Internet]. 2007 [citado 2015 out. 13];28(3):401-08. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4693/2598>
23. Romano MMD, Pazin Filho A. Simulação em manequins: aspectos técnicos. *Rev Med USP* [Internet]. 2007 [citado 2015 out. 11];40(2):171-9. Disponível em: http://revista.fmp.usp.br/2007/vol40n2/4_simulacao_em_manequins.pdf
24. Pazin Filho A, Scarpelini S. Simulação: definição. *Rev Med USP* [Internet]. 2007 [citado 2015 out. 11];40(2):162-6. Disponível em: http://revista.fmp.usp.br/2007/vol40n2/2_simulacao_definicao.pdf
25. Reese CE, Jeffries PR, Engum SA. Learning together: using simulations to develop nursing and medical student collaboration. *Nurs Educ Perspect*. 2010;31(1):33-7.
26. Martins JCA, Mazzo A, Mendes IAC, Rodrigues MA, organizadores. *A simulação no ensino de enfermagem*. Ribeirão Preto: SOBRACEN; 2014.
27. Kawakame PMG, Miyadahira AMK. Assessment of the teaching-learning process in students of the health area: cardiopulmonary resuscitation maneuvers. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(4):652-8. DOI: 10.1590/S0080-623420150000400017
28. Jeffries PR. Getting in S.T.E.P. with simulations: simulations take educator preparation. *Nurs Educ Perspect*. 2008;29(2):70-3.
29. Dreifuerst KT. The essentials of debriefing in simulation learning: a concept analysis. *Nurs Educ Perspect*. 2009;30(2):109-14.



Este é um artigo em acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons.