



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB

FACULDADE DE CEILÂNDIA – FCE

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MARIANA NUNES ALMEIDA

**SIMULAÇÃO IN SITU NO GANHO DE AUTOCONFIANÇA DE
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO CENÁRIO DE
ASSISTÊNCIA AO PACIENTE CRÍTICO**

BRASÍLIA

2018

MARIANA NUNES ALMEIDA

**SIMULAÇÃO IN SITU NO GANHO DE AUTOCONFIANÇA DE
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO CENÁRIO DE ASSISTÊNCIA AO
PACIENTE CRÍTICO**

Monografia apresentada à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II em Enfermagem da Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Orientação: Prof.^aDr.^a Marcia Cristina da Silva Magro

BRASÍLIA

2018

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.

ALMEIDA, Mariana Nunes.

Simulação *in situ* no ganho de autoconfiança de profissionais de enfermagem no cenário de assistência ao paciente crítico. Brasília: [s.n], 2018.42p.: il.

Monografia (Graduação). Universidade de Brasília. Faculdade de Ceilândia. Curso de Enfermagem. 2018.

Orientação: Prof.^a Dr.^a Marcia Cristina da Silva Magro

1. Simulação *in situ*. 2. Autoconfiança. 3. Equipe de enfermagem

I. Almeida, Mariana Nunes. II. Título: Simulação *in situ* influencia no ganho de autoconfiança de profissionais de enfermagem no cenário de assistência ao paciente crítico

ALMEIDA, Mariana Nunes

Simulação *in situ* no ganho de autoconfiança de profissionais de enfermagem no cenário de assistência ao paciente crítico.

Monografia apresentada à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II em Enfermagem da Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: ____/____/____

Comissão Julgadora

Prof.^a Dr.^a Marcia Cristina da Silva Magro
Universidade de Brasília/Faculdade de Ceilândia

Prof.^a Dr.^a Paula Regina de Souza Hermann
Universidade de Brasília/Faculdade de Ceilândia

Prof.^a Dr.^a Tayse Tâmara da Paixão Duarte
Brasília/Faculdade de Ceilândia

Ceilândia, 06 de dezembro de 2018

AGRADECIMENTOS

À Deus por me dar forças para continuar a cada dia difícil, me guiar e permitir que eu concluísse mais essa etapa enfrentando todos os obstáculos ao qual me deparei ao longo desta trajetória.

A minha mãe, Eleni Nunes Almeida, por compartilhar comigo todos os momentos vividos ao longo da graduação, por me inspirar todos os dias e dar suporte sem medir esforços para que eu alcançasse meu objetivo. Obrigada por me motivar e apoiar minhas decisões.

A todos os professores que contribuíram positivamente durante a minha trajetória acadêmica, em especial a minha orientadora, Marcia Cristina da Silva Magro, que sempre se dispôs a ajudar e me deu oportunidades incríveis que colaboraram para o meu crescimento profissional e pessoal. Obrigada por compartilhar sua sabedoria e aceitar ser minha orientadora.

Aos meus amigos da graduação pelas noites passadas em claro estudando, pelo suporte e pelos momentos de diversão, aprendi muito com vocês. Em especial, a Mariana de Abreu Rezende, Letícia Felipe Felix, Karolina Vicenzi Andrade e Yuri Gustavo de Sousa Barbalho, obrigada por fazerem parte da minha jornada.

Às minhas amigas da escola e da vida que sempre torceram pelo meu sucesso e que comemoram comigo minha formação, em especial para Paula de Medeiros Daniel que me ajudou em uma etapa crucial para que eu finalizasse este trabalho.

A toda equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva e do Pronto-Socorro do Hospital Regional de Ceilândia, sem vocês este estudo não teria se concretizado.

À FAPDF pelo incentivo financeiro para o desenvolvimento desse estudo!

ALMEIDA, M. N. **Simulação in situ no ganho de autoconfiança de profissionais de enfermagem no cenário de assistência ao paciente crítico.** Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Enfermagem) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Brasília, 2018, 42 p.

RESUMO

Introdução: A autoconfiança do profissional é um fator que influencia a tomada assertiva de decisão e conseqüentemente na segurança do paciente, sendo assim, sua avaliação é fundamental no cenário do paciente crítico. **Objetivo:** Avaliar o nível de autoconfiança da equipe de enfermagem em situação de parada cardiopulmonar (PCP) na unidade de terapia intensiva (UTI) e pronto-socorro (PS). **Método:** Trata-se de um estudo quase experimental desenvolvido na UTI e PS de um hospital público. A amostra do grupo experimental (UTI) foi composta de cinco enfermeiros e 13 técnicos de enfermagem e do grupo controle (PS) de cinco enfermeiros e 14 técnicos de enfermagem. A coleta de dados ocorreu a partir da aplicação da escala *self-confidence* pré e pós vivência simulada de PCP no grupo experimental e para o grupo controle substituiu-se a vivência simulada por aula dialogada. Foi realizada análise descritiva e inferencial dos dados. Considerou-se significativo os resultados com $p \leq 0,05$. **Resultados:** Dos 37 profissionais 70,3% era do sexo feminino, 40,5% possuía curso de graduação. O grupo experimental melhorou significativamente o nível de autoconfiança ao longo do estudo ($p=0,04$) após vivência em cenário simulado. Os técnicos de enfermagem em ambos os grupos iniciaram a fase pré-simulação mais autoconfiantes que os enfermeiros, mas ao longo do estudo, pós-simulação o nível de percepção do enfermeiro em relação à autoconfiança aumentou. **Conclusão:** A percepção sobre autoconfiança aumentou nos profissionais do grupo experimental, confirmando a influência da estratégia de simulação *in situ* como ferramenta de aquisição de autoconfiança tanto temporária quanto a longo prazo.

Descritores: Simulação in situ; Autoconfiança; Equipe de enfermagem.

ALMEIDA, M. N. **In situ simulation in the self-confidence gain of nursing professionals in the scenario of critical patient care.** Completion of course work (Nursing Course) – University of Brasilia, Faculty of Ceilândia, Brasília, 2018, 42 p.

ABSTRACT

Introduction: The self-confidence of the professional is a factor that influences for better decision making and as a consequence in the patient safety, therefore this evaluation is fundamental in a critical patients environment. **Objective:** Evaluate the nursing staff's confidence levels in a situation of cardiopulmonary arrest in the Intensive Care Unit (ICU) and Emergency Room (ER). **Method:** This is a almost experimental study developed in the Intensive Care Unit and the Emergency Room at a public hospital. The sample of the experimental group (ICU) consisted with five nurses and 13 nursing technicians and of the control group (ER) with five nurses and 14 nursing technicians. The data collection began by applying the self-confidence scale before and after the cardiopulmonary arrest simulation on the experimental group and for the control group, the cardiopulmonary arrest simulation was substituted for expository lecture. A descriptive and inferential analysis was made from the collected data. It was only considered substancial the results with $p \leq 0,05$. **Results:** Amongst the 37 professionals, 70,3% was female, 40,5% had a graduation course. The experimental group increased significantly their self-confidence levels throughout the search ($p=0,04$) after the cardiopulmonary arrest simulation scenery. The nursing technicians of both the control group and the experimental group began the pre-simulation phase more confident than the nurses, but over the period of the study, after simulation the nurses perception levels concerning self-confidence was increased. **Conclusion:** The perception about self-confidence increased on the experimental group professionals affirming the influence of the in situ simulation strategy like a instrument of acquisition for self-confidence not only in a temporary way but in a long term.

Keywords: Simulation in situ; Self-confidence; Nursing staff.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Distribuição dos enfermeiros segundo características demográficas e profissionais. Ceilândia, DF, 2018.....22
- Tabela 2** – Comparação da autoconfiança no grupo controle e experimental em profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) durante as diferentes fases do estudo. Ceilândia, DF, 2018.....23
- Tabela 3** – Relação da autoconfiança no grupo experimental em profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) entre as diferentes fases do estudo. Ceilândia, DF, 2018..... 23
- Tabela 4** – Relação da autoconfiança no grupo experimental e controle em profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) de diferentes idades durante os testes do estudo. Ceilândia, DF, 201823
- Tabela 5** – Relação da autoconfiança no grupo experimental e controle entre profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) em diferentes áreas de formação durante os testes do estudo. Ceilândia, DF, 2018 24
- Tabela 6** – Relação da autoconfiança no grupo experimental e controle entre profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) de diferentes tempos de experiência durante os testes do estudo. Ceilândia, DF, 2018..... 25
- Tabela 7** – Relação da autoconfiança no grupo experimental e controle entre profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) que receberam treinamento nas diferentes fases do estudo. Ceilândia, DF, 2018 25
- Tabela 8** – Relação da autoconfiança no grupo controle em profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) entre os diferentes testes do estudo. Distrito Federal, 2018 26
- Tabela 9** – Comparação do nível de autoconfiança no grupo controle e experimental em profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) entre os diferentes testes do estudo. Ceilândia, DF, 2018.....26

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHA – American Heart Association

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

COREN – Conselho Regional de Enfermagem

FCE – Faculdade de Ceilândia

FEPECS – Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

PCP – Parada Cardiopulmonar

PS – Pronto Socorro

RCP – Ressuscitação Cardiopulmonar

SCE – *Self-Confidence Scale*

SES – Secretaria de Saúde

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UnB – Universidade de Brasília

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVOS	13
2.1 Objetivo Geral	13
2.2 Objetivo Específico	13
3. REFERENCIAL TEÓRICO	14
3.1 História da Simulação	14
3.2 Simulação <i>in Situ</i>	15
3.3 Classificação da fidelidade dos simuladores	16
3.4 Debriefing	17
4. MÉTODO	18
4.1 Delineamento do estudo	18
4.2 Local do estudo.....	18
4.3 População e Amostra do estudo	18
4.4 Período de coleta de dados	18
4.5 Critérios de inclusão	18
4.6 Critérios de exclusão.....	19
4.7 Protocolo de coleta de dados.....	19
4.8 Considerações éticas da pesquisa.....	20
4.9 Tratamento de dados	20
5. RESULTADOS	22
6. DISCUSSÃO	27
7. CONCLUSÃO.....	29
REFERÊNCIAS.....	30
APÊNDICE A	35
APÊNDICE B	39
ANEXO A	40
ANEXO B	42

1. INTRODUÇÃO

A autoconfiança do profissional é um dos fatores que influencia no alcance de ações adequadas realizadas pela equipe de enfermagem em situações complexas. Sendo assim, a sua avaliação é reconhecida como fundamental em cenário de urgência (MAZZO, 2015).

A autoconfiança é um sentimento desenvolvido no percurso da vida que conduz o indivíduo a crença do autossucesso, assim como em suas habilidades, ações e competências. É possível alcançá-la com sabedoria, suporte e preparo, mas para aperfeiçoá-la é necessário persistência, autoconsciência e pensamento positivo (MESKA et al., 2016).

Ela está diretamente relacionada com autoeficácia, por ser compreendida como a crença que o indivíduo tem na capacidade de alcançar eficientemente seus objetivos (BARROS; SANTOS, 2010). A compreensão sobre autoeficácia impacta no planejamento e alcance de metas ambiciosas. Nessa perspectiva, é possível assumir que indivíduos mais autoconfiantes possuem percepção mais positiva da sua atividade de trabalho e, portanto, se sentem mais eficientes no desempenho de suas funções (BARREIRA; NAKAMURA, 2006).

A autoeficácia quando combinada com a resiliência maximiza a superação, a adversidade social, econômica e/ou laboral (NAKAMURA; BARREIRA, 2006). Por sua vez, resiliência é um termo que tem origem no latim *resiliense* e significa restaurar-se a um estado anterior. Inicialmente esse termo foi discutido pelas ciências exatas a fim de determinar o potencial elástico de um material retornar ao seu estado original após sofrer uma determinada pressão (RIBEIRO et al., 2011). No âmbito das ciências humanas, é utilizado para descrever a capacidade do indivíduo ou grupos de indivíduos se restabelecerem positivamente em momentos de mudanças, mesmo quando o ambiente não for propício (BALARCH; 2007).

Durante a trajetória profissional e pessoal o ser humano vivencia diversos obstáculos e modificações que exigem a capacidade de adaptação e enfrentamento para alcançar evolução positiva frente a situações inusitadas (NAKAMURA; BARREIRA, 2006). A autoconfiança e/ou autoeficácia quando em consonância com a resiliência proporciona melhor adaptação do indivíduo em suportar mudanças do ambiente (RIBEIRO et al., 2017).

A formação do profissional de enfermagem tem-se fundamentado não somente em questões de confiança e eficiência, mas também no conjunto de tecnologias comuns na atenção à saúde, como os medicamentos, microprocessadores, equipamentos digitais, procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, educacionais e de suporte, programas e protocolos assistenciais que favorecem a prestação de cuidados à saúde da população (LORENZETTI, 2012). O desenvolvimento dessas tecnologias, especialmente de microprocessadores e equipamentos digitais, possibilitou a evolução e o aumento dos simuladores (SINÉSIO; MAGRO, 2017).

A simulação clínica, embora projetada a partir de tecnologias, é caracterizada como técnica que permite o contato com cenas reais através de experiências guiadas (GABA, 2004). Os programas interativos de simulação disponibilizam recursos realistas, como manequins anatomicamente semelhantes a uma pessoa humana, que expressam respostas fisiológicas frente a intervenções reais, além de permitir interação do instrutor com o participante da simulação por meio da comunicação verbal e não verbal (LORENZETTI, 2012).

Nesse contexto, a simulação *in situ* é reconhecida como um tipo de abordagem da simulação clínica que incentiva a simulação no próprio ambiente de trabalho da equipe de saúde com uso de recursos e equipamentos disponíveis na própria unidade, configurando uma experiência próxima a realidade (PISCIOTTANI et al., 2017). Com a simulação *in situ* a autoconfiança e segurança podem ser aprimoradas, tendo um impacto positivo na educação permanente em saúde e no desempenho da equipe, em especial nas áreas de alto risco (ALKHULAIF et al., 2016; PATTERSON et al, 2017).

Em cenários específicos como Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Pronto Socorro (PS) há constantes situações clínicas complexas que exigem dos profissionais de enfermagem atenção e controle, sendo assim o uso de procedimentos inovadores, como a simulação realística, pode facilitar a resolução dessas condições. Dada a necessidade do desenvolvimento da autoconfiança do profissional, o emprego de simuladores e do ensino simulado representam um excelente recurso (VAN DYK, 2016). A simulação é interpretada como uma ferramenta de capacitação, pois contribui para o desenvolvimento do raciocínio clínico, podendo ser aplicada tanto na graduação quanto aos profissionais de saúde durante um programa de educação continuada (DUARTE, OLIVEIRA, 2017, p.31).

Cada vez mais torna-se imprescindível a capacitação dos profissionais que atuam em contato direto com o paciente, tanto aqueles mais expostos ao evento de parada cardiopulmonar (PCP), à exemplo dos profissionais das UTIs e PS, quanto aqueles da atenção primária à saúde.

A PCP é uma intercorrência de alta complexidade, comum nos pacientes em estado crítico internados em UTIs devido à instabilidade hemodinâmica (SILVA; PADILHA, 2001). Ela ocorre quando há a cessação súbita de atividades mecânicas cardíacas, confirmada pela ausência de pulso central e irresponsividade ou respiração agônica, também chamada de *gasping*. Nessa situação, o atendimento deve ser rápido e eficiente, com fundamentação teórica e prática e para que ocorra reversão do quadro a equipe deve atuar em sincronia, sendo o enfermeiro um dos protagonistas, enquanto líder assume decisões fundamentais e imediatas (ALVES et al., 2013; ARAÚJO et al., 2008).

A equipe de enfermagem deve se sentir apta e segura para realizar intervenções em situações críticas e de urgência, tanto no cenário intra-hospitalar quanto no cenário extra-hospitalar. Algumas instituições educacionais e hospitalares possuem em seu currículo treinamentos de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) com o propósito de conferir competências que permitam o ingresso seguro no ambiente hospitalar. Nessa vertente, a educação interprofissional tem sido proposta como um modelo de ensino de prática colaborativa que permite o aperfeiçoamento de conhecimento e habilidades (HAMMICKET et al, 2007). A inclusão de atividades formais de práticas colaborativas interprofissionais como parte da educação clínica alinha-se com as expectativas para melhorar a educação. Várias profissões nos dias atuais exigem evidência de aprendizagem interprofissional em seus currículos (AUSTRALIAN MEDICAL COUNCIL, 2012; AUSTRALIAN NURSING AND MIDWIFERY ACCREDITATION COUNCIL, 2012). No entanto, sabe-se que é desafiante para os serviços de saúde determinarem estratégias de implementação das oportunidades interprofissionais para melhorar o posicionamento clínico habitual. Contudo argumenta-se se a simulação enquanto estratégia de ensino, melhora o nível de autoconfiança interprofissional da equipe de enfermagem para atendimento de situações críticas, como a parada cardiopulmonar?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar se a simulação *in situ* influencia no ganho de autoconfiança da equipe de enfermagem no cenário de assistência ao paciente crítico.

2.2 Objetivo Específico

- Avaliar o nível de autoconfiança por meio da *Self-confidence Scale* (SCE) dos profissionais da equipe de Enfermagem de uma unidade de terapia intensiva antes e após simulação *in situ* em situação de PCP.
- Avaliar o nível autoconfiança por meio da *Self-confidence Scale* (SCE) dos profissionais da equipe de Enfermagem de um pronto socorro antes e após aula dialogada em situação de PCP.
- Comparar a diferença do nível de autoconfiança entre profissionais de enfermagem da UTI e PS frente à situação de parada cardiopulmonar por meio de diferentes abordagens sejam elas, simulação *in situ* e aula dialogada.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 História da Simulação

A simulação é uma técnica usada para promover aprendizagem e capacitação por meio da reprodução de situações clínicas reais em um ambiente seguro e controlado (TEIXEIRA; FELIX, 2011). Segundo Kaneko et al (2015), é um método de treinamento que visa substituir cenários reais por cenários guiados capazes de replicar uma experiência clínica real de forma interativa.

Remotamente, manequins eram construídos em argila para representar características clínicas das doenças e os seus efeitos no homem. Esses modelos de simuladores em meio a diversas culturas permanecem facilitando a precisão diagnóstica (JONES; PASSO-NETO; BRAGHIROLI, 2015).

A simulação teve sua origem em ambientes diferentes daqueles relacionados a ciências da saúde, paradoxalmente no cenário da aviação militar e civil (SINÉSIO; MAGRO, 2017).

O ano de 1929 representou o marco da simulação, em razão do uso do primeiro simulador de vôo desenvolvido por Edwin Albert Link (1904-1981), com destaque para o “Link trainer”, equipamento de treino guiado que simulava voos em condições meteorológicas instáveis (SINÉSIO; MAGRO, 2017). Pouco tempo depois, o simulador ganhou atenção nacional tornando-se parte obrigatória no treinamento de pilotos em muitos países (ROSEN, 2008).

Na década de 50, o uso de manequins se tornou uma estratégia comum para o ensino. Nos anos 60, Peter Safar foi o pioneiro na técnica de reanimação cardiopulmonar, descrevendo a sua importância. Encorajado por este trabalho, Asmund Laerdal (1914-1981), elaborou um simulador realista, nomeado Resusci-Anne, que permitiu que profissionais de saúde praticassem técnicas específicas, como as manobras para o controle das vias aéreas, *Chin Lift* (hiperextensão do pescoço e elevação do mento) e *Jaw Thrust* (tração da mandíbula) (COOPER; TAKETI, 2008). Esse fato culminou no surgimento do simulador de RCP mais utilizado no século XX, originado após a implantação de uma mola interna na parede torácica do manequim que permitia a compressão cardíaca (JONES; PASSO-NETO; BRAGHIROLI, 2015).

Em 1968, o doutor Michael Gordon da Faculdade de Medicina da Universidade de Miami apresentou o simulador de paciente cardiológico, que

reproduzia diferentes sons cardíacos, durante as Sessões Científicas da American Heart Association. Este manequim foi nomeado Harvey. Resusci-Anne e Harvey marcaram a era moderna da simulação e o uso em série de outros manequins (COOPER; TAKETI, 2008).

Nos anos 80 e 90, David Gaba desenvolveu um ambiente simulado de anestesia que combinava tecnologia disponível a um computador e um manequim que simulava o paciente durante o procedimento de anestesia (GABA; DEANDA, 1988). Neste mesmo período, a empresa Laerdal desenvolveu o manequim de maior fidelidade comparado a Resusci-Anne, nomeado Sim-Man (COOPER; TAKETI, 2008).

A busca pela melhoria da qualidade na assistência a saúde em razão dos avanços tecnológicos surgiu desde o início do século XX, concomitante ao início do ensino formal de enfermeiras, assinalando a relação entre a simulação e a enfermagem (MAGRO; SINÉSIO, 2017, p.19).

Na educação em enfermagem, simuladores de habilidades tem sido utilizados há mais de um século para o aperfeiçoamento de técnicas e desenvolvimento da prática clínica. Para tal prática há diferentes modelos de manequins, entre eles: modelos de braços para realização de punção endovenosa, administração de medicamentos ou fluidos; modelos pélvicos que podem ser usados para inserção de cateteres; modelos torácicos e abdominais para o cuidado com drenos e ostomias (NEHRING; LASHLEY, 2009).

3.2 Simulação *in Situ*

O termo "*in situ*", no latim significa no local ou localmente e descreve onde um evento ocorre (KALANITI, 2014). A simulação *in situ* pode ser definida como aquela que ocorre em ambiente clínico real, cujos participantes são servidores da instituição onde essa estratégia será implementada (PATTERSON et al, 2013). Permite que as equipes testem sua eficácia, cometam erros e tenham a oportunidade de aprender com os erros cometidos em ambiente controlado, treinem para eventos que não tenham tanta confiança e aqueles raros, em tempo e local real (SPURR et al, 2017).

A simulação *in situ* permite que as equipes revisem e reforcem suas habilidades e raciocínio clínico, por ocorrer no ambiente de trabalho da equipe, oportuniza a identificação de ameaças e deficiências na assistência prestada

(PATTERSON et al, 2013; SPURR et al, 2017). Ela não possui o objetivo de substituir a simulação tradicional realizada em centros de simulação. Geralmente, as simulações desenvolvidas em centros de simulação estão relacionadas com curso ou currículo, a fim de aprimorar técnicas e relacionamentos entre a equipe (KALANITI, 2014).

A simulação *in situ* auxilia na descoberta de potenciais problemas e ameaças no processo de trabalho, e contribui para a melhoria da qualidade no atendimento e segurança do paciente (PATTERSON et al, 2013). Pode ser utilizada para treinamento do profissional ou equipe no desempenho de tarefas críticas, manuseio de equipamentos novos ou raramente utilizados e para praticar protocolos hospitalares essenciais na unidade (ALKHULAIF et al, 2016).

O nível de fidelidade na simulação *in situ* é alto por ocorrer em ambiente clínico real. É uma iniciativa que busca a melhoria na qualidade da assistência e uma experiência singular de aprendizagem complementar (KALANITI, 2014).

3.3 Classificação da fidelidade dos simuladores

A fidelidade da simulação ou simulador permite discriminar o nível de aproximação da realidade. Pode ser caracterizada em três níveis: baixa fidelidade; média fidelidade e alta fidelidade (MAGRO; SINÉSIO, 2017, p.23-24).

Nas simulações de alta fidelidade adota-se manequins realísticos dada a necessidade de representação do corpo humano com características semelhantes a uma pessoa tanto na aparência quanto em sentimentos e sensações ocorridas frente aos cuidados recebidos (TEIXEIRA; FELIX, 2011). Os manequins utilizados são controlados por computadores responsáveis por transmitir os sinais e sintomas e, portanto, conseguem interagir através da comunicação verbal com o participante durante o cenário simulado.

Os simuladores de média fidelidade possuem tamanhos e aparência similar a de um ser humano, mas sua tecnologia é inferior aos de alta fidelidade. Os manequins não são responsivos quanto aos sinais fisiológicos, entretanto seu mecanismo permite ausculta de sons cardíacos, pulmonares, verificação de pulsos e possibilidade de outros diagnósticos (DAL SASSO et al, 2015).

Os simuladores de baixa fidelidade são menos realísticos, pois não respondem as manobras aplicadas sobre ele. Possuem pouca ou nenhuma

mobilidade e geralmente são utilizados em treinamento de técnicas ou procedimentos específicos (TEIXEIRA; FELIX, 2011).

O realismo é diretamente proporcional a fidedignidade. O grau de fidelidade envolve inúmeras variáveis como a ambiência, os dispositivos e equipamentos, os recursos a serem utilizados, além de fatores sociais como a motivação do instrutor e fatores psicológicos dos participantes (DAL SASSO et al, 2015).

3.4 Debriefing

O *debriefing* é o momento de reflexão e discussão das ações desenvolvidas no cenário. Componente crucial para o processo de aprendizagem com base na simulação realística. Possibilita a revisão das percepções, práticas e decisões desempenhadas ao longo da vivência simulada, permitindo análise de ações que foram assumidas ou que deveriam ser aplicadas em uma situação futura (DAL SASSO et al, 2015).

O *debriefing* ocorre imediatamente após o cenário simulado sendo guiado por um facilitador, responsável por garantir a confidencialidade, participação e autorreflexão dos participantes da simulação. Contribui para a compreensão e assimilação de saberes, percepções, comportamentos e emoções (JONES; PASSO-NETO; BRAGHIROLI, 2015; HERMANN, 2017, p 83).

Segundo Dal Sasso et al. (2015, p. 20), este momento é dividido em três estágios ou fases:

1. Reações – momento imediato após simulação, em que o participante manifesta sentimentos, emoções e percepções sobre sua experiência. Nessa etapa o facilitador deve permitir a livre expressão do participante, para compartilhamento das primeiras impressões sobre a simulação;
2. Compreensão – ponto principal do *debriefing*, em que o participante esboça a experiência ocorrida, fazendo questionamentos sobre os aspectos gerais, além de avaliar seu desempenho, construindo nova compreensão sobre o ocorrido. Nessa etapa, o conhecimento adquirido com a experiência simulada é compartilhado, generalizado e refletido em nova situação, possibilitando sua aplicação em uma vivência real;
3. Sumarização – etapa em que há revisão do que foi aprendido com a experiência simulada permitindo uma auto avaliação, discussão e socialização da aprendizagem. Este momento permite que o participante pense em novas formas de aplicar o que foi aprendido em eventos futuros.

4. MÉTODO

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo quase experimental, de abordagem quantitativa com pré e pós-testes.

4.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido na Unidade de Terapia Intensiva Adulto e na Sala Amarela e Vermelha do Pronto-Socorro de um hospital público do Distrito Federal.

4.3 População e Amostra do estudo

Segundo informações cedidas pela chefia de enfermagem, a equipe de enfermagem da UTI à época da coleta de dados foi composta de 37 profissionais de enfermagem e a do PS de 43 profissionais. A amostra foi de conveniência, constituída de cinco enfermeiros e 13 técnicos de enfermagem do grupo experimental (UTI) e cinco enfermeiros e 14 técnicos de enfermagem do grupo controle (PS). As desistências em ambos os grupos foram decorrentes de férias ou licença trabalhista e recusas.

4.4 Período de coleta de dados

Ocorreu durante quatro meses, no período de dezembro de 2017 a março de 2018, por meio de visitas realizadas aos profissionais no local do estudo conforme distribuição da escala mensal. Sendo assim, abordagem ocorreu em diferentes turnos para obtenção de maior quantitativo de profissionais dos setores, respeitando o período de trabalho sem prejuízo para ambas as partes.

4.5 Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudo os servidores que atenderam aos seguintes critérios:

- Profissionais de enfermagem devidamente registrados no Conselho Regional de Enfermagem (COREN);

- Concordância para participação da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), bem como do termo de autorização do uso de imagem e som de voz. Esse último exclusivo para os profissionais da UTI.

4.6 Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo os servidores com os seguintes critérios:

- Profissionais de enfermagem que não promovessem assistência direta ao paciente;
- Profissionais de enfermagem com menos de seis meses de experiência;
- Enfermeiros substitutos, enfermeiros afastados, residentes de enfermagem e estagiários de enfermagem;
- Profissionais de enfermagem que mudaram de unidade recentemente (últimos seis meses) ou atuavam em ambos os setores de coleta de dados.

4.7 Protocolo de coleta de dados

Inicialmente, foi realizada a validação do cenário simulado do grupo experimental no laboratório de simulação de uma instituição de ensino superior pública e posteriormente no próprio ambiente onde ocorreu a coleta de dados. Para tanto houve a participação de três docentes com expertise na área/peritos. Para validação o cenário foi implementado pelo pesquisador principal, onde alunos do curso de graduação assumiam o papel do profissional e ao mesmo tempo, os peritos/avaliadores preenchiam o formulário com itens relacionados à coerência, aparência, realismo, condução de *debriefing*. Caso a nota obtida na média fosse inferior a 7,0 pontos, haveria necessidade de readequação e reformulação do cenário para cumprimento das exigências definidas. Apesar da nota obtida ter sido superior a 7,0 pontos foi realizado revalidação do cenário no próprio ambiente da coleta de dados, ou seja, na UTI do hospital.

Em uma segunda etapa realizou-se a coleta de dados por meio da aplicação de um questionário de identificação de dados demográficos e profissionais e da escala *Self-confidence* (ANEXO A). Esta é constituída de 12 (doze) perguntas, onde cada item representava um grau de confiança. Foi aplicada pré e pós-vivência simulada (grupo experimental) e aula dialogada (grupo controle) sobre PCP. No

grupo experimental (UTI) essa vivência foi mimetizada por meio de uma situação realística de PCP com uso de um simulador de paciente de média fidelidade da Laerdal® capaz de reproduzir com realismo as condições de um paciente em PCP, e ainda houve a participação de facilitadores (monitores) responsáveis pela projeção dos parâmetros vitais e reprodução de vozes. As simulações ocorreram em um quarto na própria UTI. Imediatamente após foi realizado o *debriefing* para discussão e reflexão da situação vivenciada.

No grupo controle, houve somente exposição da aula no próprio ambiente do PS para minimizar o risco de prejuízo do processo assistencial da unidade. Nas duas situações, um mês após o pré e pós-testes, verificou-se que o nível de autoconfiança persistiu por meio da reaplicação da *Self-Confidence Scale* (SCE).

A escala de autoconfiança possuía questões do tipo Likert, na qual a pontuação varia de 1 a 5, sendo representada qualitativamente pelas seguintes percepções: “nada confiante”, “pouco confiante”, “confiante”, “muito confiante” e “extremamente confiante”. Com isso analisou-se os resultados e a confiabilidade dos dados foi assegurada pela consistência interna da escala representada pelo coeficiente alfa de Cronbach de 0,70.

4.8 Considerações éticas da pesquisa

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília e da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CEP/FEPECS), sob CAEE 47071915.0.0000.0030. Conforme a Resolução nº 466/2012, foi preservado o anonimato e sigilo dos dados dos participantes. Todos os profissionais participantes foram orientados quanto à finalidade da pesquisa, concordando em participar da mesma por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) e com a autorização para utilização da imagem e som de voz para os profissionais do grupo experimental (APÊNDICE B).

4.9 Tratamento de dados

Os resultados foram expressos em média, desvio padrão e mediana (percentil 25% e 75%). Para testar a hipótese de distribuição normal foi aplicado o teste

Kolmogorov Smirnov, como a hipótese de normalidade não foi confirmada, aplicou-se o teste Mann-Whitney, quando apropriado.

As comparações intra-grupos foram realizadas segundo teste não paramétrico Wilcoxon, uma vez que os grupos são dependentes, isto é, uma medida pode interferir na outra por se tratar de duas medidas de um mesmo indivíduo em momentos distintos.

Para análise dos dados foi adotado o programa estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 23 e considerado como significativo os resultados com $p \leq 0,05$.

5. RESULTADOS

Foram acompanhados 37 profissionais de enfermagem distribuídos entre o grupo controle e experimental. Foi possível constatar características similares entre eles, mas de forma geral a maioria era do sexo feminino (n=26; 70,3%) com idade média de $37 \pm 7,3$ anos. Quase a metade possuía curso de graduação 15 (40,5%), 10 (27,0%) possuíam nível médio, 11 (29,7%) possuíam especialização e 01 (2,7%) o título de mestrado. Nenhum profissional cursou o doutorado. A média do tempo de atuação em cuidados intensivos foi de 04 anos, similar ao do PS, 03 anos. Os profissionais expressaram (48,6%) que receberam treinamento para atuar nesses cenários e ainda, 51,4% declararam contato prévio com a estratégia de simulação enquanto ferramenta de ensino (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos enfermeiros segundo características demográficas e profissionais. Ceilândia, DF, 2018.

Características	Grupo Experimental n=18	Grupo Controle n=19	Total n=37
Sexo feminino ^b	14 (77,8%)	12 (63,2%)	26 (70,3%)
Idade (anos) ^{a,c}	$38,8 \pm 7,5^i$	$35,6 \pm 7,0$	$37,1 \pm 7,3^i$
Titulação^b			
Nível médio	5 (27,8%)	5 (26,3%)	10 (27,0%)
Graduação	6 (33,3%)	9 (47,4%)	15 (40,5%)
Especialização	6 (33,3%)	5 (26,3%)	11 (29,7%)
Mestrado	1 (5,6%)	0 (0,0%)	1 (2,7%)
Doutorado	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Formação^b			
Enfermeiro	5 (27,8%)	5 (26,3%)	10 (27,0%)
Técnico de Enfermagem	13 (72,2%)	14 (73,7%)	27 (73,0%)
Tempo de trabalho na UTI (anos) ^{a,c}	4 ± 4	-	-
Tempo de trabalho no PS (anos) ^{a,c}	-	3 ± 2	-
Recebeu treinamento para atuar neste Ambiente ^b	10 (55,6%) ⁱⁱ	8 (42,1%) ⁱⁱ	18 (48,6%) ⁱ
Teve contato com simulação Realística ^b	4 (22,2%)	15 (78,9%) ⁱⁱ	19 (51,4%) ⁱⁱ

^amédia \pm desvio padrão, ^bn (%), ^cmediana (25%-75%); ⁱ 2 pessoas não responderam; ⁱⁱ 1 pessoa não respondeu;

O grupo experimental inicialmente (pré-simulação) mostrou-se menos autoconfiante quando comparado ao grupo controle, mas 30 dias após a vivência simulada o nível de autoconfiança elevou-se de forma mais expressiva (Tabela 2). Observou-se que houve diferença significativa do nível de autoconfiança do período inicial para o final (pós-simulação) para atendimento da parada cardiopulmonar sinalizado pelo $p=0,04$ (Tabela 3).

Tabela 2 - Comparação da autoconfiança entre os profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) do grupo controle e experimental durante as diferentes fases do estudo. Ceilândia, DF, 2018.

Fases do estudo	Grupo Experimental (n=18)	Grupo Controle (n=18)
Pré-simulação	3,4± 0,6	3,9± 0,7
30 dias pós-simulação	3,6± 0,6	4,0± 0,9

Tabela 3 – Relação da autoconfiança no grupo experimental em profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) entre as diferentes fases do estudo. Ceilândia, DF, 2018.

Pré-simulação	30 dias pós-simulação	P
3,4 (3,0 – 3,8)	3,7 (3,2 – 4,1)	0,04

Teste Wilcoxon Signed Ranks

Os profissionais mais jovens (idade <35 anos) em ambos os grupos declararam-se inicialmente mais autoconfiantes, mas somente no grupo controle a autoconfiança persistiu em todas as fases do estudo independente da faixa etária. Houve diferença significativa do nível de autoconfiança entre os profissionais de enfermagem do grupo experimental com idade <35 anos e ≥35 anos na fase final (30 dias após simulação) $p=0,04$ (Tabela 4).

Tabela 4 – Relação da autoconfiança no grupo experimental e controle em profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) de diferentes idades durante os testes do estudo. Ceilândia, DF, 2018.

Grupos	Fases	Idade (anos)	P
---------------	--------------	---------------------	----------

		< 35 (n = 5)	≥ 35 (n = 11)	
Grupo Experimental	Fase pré-simulação	3,6 (3,5 – 3,8)	3,2 (3,0 – 3,5)	0,4
	Fase final (30 dias após simulação)	3,9 (3,8 – 4,3)	3,5 (3,1 – 3,8)	0,04*
		< 35 (n = 7)	≥ 35 (n = 11)	
Grupo controle	Fase pré-aula	4,1 (3,5 – 4,3)	4,0 (3,3 – 4,7)	0,7
	Fase final (30 dias após aula)	4,3 (3,0 – 4,8)	4,2 (3,0 – 4,7)	0,8

Teste Mann-Whitney

Os técnicos de enfermagem independente do grupo expressaram mais autoconfiança em relação aos enfermeiros. Apesar disso, o ganho de autoconfiança do enfermeiro foi superior ao longo do tempo. Houve diferença significativa do nível de autoconfiança entre os técnicos de enfermagem e enfermeiros do grupo controle 30 dias pós-aula ($p=0,04$). Embora tenha havido aumento desse nível também no grupo experimental pós-simulação, mas sem significância (Tabela 5).

Tabela 5 – Relação da autoconfiança no grupo experimental e controle entre profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) em diferentes áreas de atuação durante os testes do estudo. Ceilândia, DF, 2018.

Fases	Atuação		P
	Grupo experimental		
	Técnico de Enfermagem (n = 13)	Enfermeiro (n = 5)	
Pré-simulação	3,4 (2,8 – 3,8)	3,3 (3,0 – 3,6)	0,7
Fase final (30 dias após simulação)	3,6 (3,0 – 3,9)	4,0 (3,5 – 4,1)	0,4
		Grupo controle	
		Técnico de Enfermagem (n = 13)	Enfermeiro (n = 4)
Pré-aula	3,8 (3,2 – 4,3)	4,2 (4,1 – 4,5)	0,2
Fase pós-aula	4,0 (3,1 – 4,3)	4,7 (4,5 – 4,7)	0,2
Fase final (30 dias após aula)	4,1 (3,0 – 4,6)	4,7 (4,5 – 4,9)	0,04

Teste Mann-Whitney

Os profissionais do grupo experimental com maior tempo de experiência em unidades de cuidados intensivos demonstraram maior ganho de autoconfiança diferentemente, no grupo controle a autoconfiança foi maior naqueles com menor

tempo de experiência. Sendo assim, foi possível identificar que o tempo de experiência não mostrou relação significativa da autoconfiança entre os profissionais de enfermagem (Tabela 6).

Tabela 6 – Relação da autoconfiança no grupo experimental e controle entre profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) de diferentes tempos de experiência durante os testes do estudo. Ceilândia, DF, 2018.

Grupos	Fases	Tempo de Experiência		P
		< 5 anos (n = 7)	≥5 anos (n = 11)	
Experimental	Pré-simulação	3,0 (2,7 – 3,8)	3,4 (3,1 – 3,8)	0,3
	Fase final (30 dias após simulação)	3,5 (2,9 – 3,8)	3,8 (3,4 – 4,1)	0,3
Controle	Fase pré-aula	4,2 (3,8 – 4,3)	3,3 (3,0 – 4,5)	0,7
	Fase pós-aula	4,2 (3,6 – 4,6)	4,0 (3,0 – 4,7)	0,6
	Fase final (30 dias após aula)	4,3 (4,0 – 4,7)	3,6 (2,8 – 4,8)	0,6

Teste Mann-Whitney

Os profissionais que alegaram não ter recebido nenhuma forma de treinamento para atuar no setor tenderam a aumentar mais o nível de autoconfiança ao longo do tempo em relação aqueles que receberam, apesar disso, essa diferença não foi significativa (Tabela 7).

Tabela 7– Relação da autoconfiança entre profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) do grupo experimental e controle que receberam treinamento nas diferentes fases do estudo. Ceilândia, DF, 2018.

Grupos	Testes	Recebeu Treinamento		p
		Sim (n = 10)	Não (n = 7)	
Experimental	Pré-simulação	3,5 (3,0 – 3,8)	3,3 (3,1 – 3,8)	0,7
	Fase final (30 Dias após simulação)	3,6 (3,0 – 3,9)	4,0 (3,5 – 4,1)	0,4
Controle		Sim (n = 7)	Não (n = 10)	
	Pré-aula	4,1 (3,6 – 4,4)	4,1 (2,8 – 4,3)	0,5
	Pós-aula	4,0 (4,0 – 4,4)	3,8 (3,0 – 4,7)	0,7
	Fase final (30 dias após aula)	4,2 (3,6 – 4,5)	4,3 (3,0 – 4,7)	0,9

Teste Mann-Whitney

O ganho de autoconfiança embora não tenha mostrado modificação significativa, manteve-se constante entre as diferentes fases do estudo no grupo controle (Tabela 8).

Tabela 8 – Relação da autoconfiança entre profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) do grupo controle e os diferentes testes do estudo. Distrito Federal, 2018.

Testes	Testes	P
Pré-aula	Pós-aula	
4,1 (3,2 – 4,3)	4,1 (3,1 – 4,7)	0,07
Pós-aula	Fase final (30 dias após aula)	
4,1 (3,1 – 4,7)	4,2 (3,0 – 4,7)	0,4
Pré-aula	Fase final (30 dias após aula)	
4,1 (3,2 – 4,3)	4,2 (3,0 – 4,7)	0,09

Wilcoxon Signed Ranks Teste

Houve diferença significativa do ganho de autoconfiança entre os profissionais do grupo controle e experimental na fase inicial (pré-teste) ($p=0,04$), entretanto na fase final embora tenha havido aumento da autoconfiança entre os grupos, não foi significativa (Tabela 9).

Tabela 9 – Comparação do nível de autoconfiança no grupo controle e experimental em profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) entre os diferentes testes do estudo. Ceilândia, DF, 2018.

Testes	Grupo		P
	Experimental (n=40)	Controle (n=40)	
Pré-teste	3,4 (3,0 – 3,8)	4,1 (3,2 – 4,3)	0,04
Retenção de conhecimento	3,7 (3,3 – 4,1)	4,2 (3,0 – 4,7)	0,1

Teste Mann-Whitney

6. DISCUSSÃO

Esse estudo avaliou o nível de autoconfiança entre profissionais de enfermagem de uma UTI e PS, durante a prestação de cuidado ao paciente em parada cardiopulmonar. Os resultados mostraram que a autoconfiança do grupo experimental (UTI) teve ganho superior comparado ao grupo controle ao longo do tempo.

Alguns estudos mostram a importância da simulação como ferramenta de ensino e aprendizagem e de treinamento em situações de emergência, proporcionando aumento da autoconfiança e desenvolvimento de raciocínio clínico (BARRETO et al., 2014). Vale ressaltar que no Brasil há um crescente investimento em centros de simulação realística a fim de aprimorar a qualidade dos serviços de saúde prestados (ABREU et al, 2014).

Pesquisas demonstram a necessidade de investimento no treinamento de profissionais da UTI por se tratar de um setor hospitalar altamente complexo. A capacitação desses profissionais de saúde é importante não só para a atualização de protocolos, mas também para o aperfeiçoamento de habilidades técnicas (BELLAN, 2006).

Seguramente educação interprofissional ocorre “quando dois ou mais profissionais aprendem com, de e sobre o outro, a fim de melhorar a colaboração e a qualidade dos cuidados e serviços” (CAIPE, 2018).

Para uma ressuscitação cardiopulmonar (RCP) bem-sucedida e de qualidade além das habilidades e treinamento da equipe, há uma sequência ideal de manobras e procedimentos destinados a manter a circulação cerebral e de outros órgãos e assegurar a sobrevivência do paciente (AHA, 2015). Com este estudo observou-se que apenas 22,2% dos profissionais do grupo experimental tiveram contato prévio com a simulação, seja durante o curso de graduação ou pós-graduação, e no decorrer do estudo este mesmo grupo demonstrou melhora significativa na percepção de autoconfiança após a vivência simulada confirmando que a simulação *in situ* é um método eficiente.

O predomínio de profissionais do sexo feminino no presente estudo pode ser explicado historicamente considerando que a enfermagem é vinculada a uma profissão majoritariamente feminina (DONOSO, 2000). Evidência científica nacional revelou que, 84,6% dos profissionais de enfermagem são do sexo feminino, entretanto há uma propensão a masculinização da categoria, considerando que os

homens atualmente representam 15% desses profissionais (Conselho Federal de Enfermagem – Cofen, 2015).

As simulações oferecem experiências cognitivas, psicomotoras e afetivas e contribuem não só para o desenvolvimento de habilidades técnicas, mas também para o aumento da autoconfiança (TEIXEIRA; FELIX, 2011) achado identificado no presente estudo. Foi possível perceber que após a participação em cenário simulado os profissionais de diferentes faixas etária, áreas de formação e tempo de experiência expressaram maior autoconfiança para a realização de procedimentos, intervenções e técnicas de emergências, baseados nas atualizações existentes em relação aqueles submetidos à estratégia de aula dialogada (modelo tradicional).

A simulação *in situ* é uma estratégia relativamente inovadora que proporciona a vivência de experiências clínicas reais no próprio ambiente de trabalho, de forma controlada a fim de minimizar ameaças futuras, renovar o conhecimento previamente adquirido, aumentar a autoconfiança do profissional, aprimorar habilidades e principalmente identificar fatores de risco para a segurança do paciente.

Melhorar a segurança do paciente é imprescindível para todas as organizações e equipes de saúde, principalmente aqueles que trabalham com cuidados com pacientes críticos (ZIMMERMANN et al, 2015). Além do trabalho em equipe, a autoconfiança, resiliência e as habilidades individuais interferem diretamente na prestação do cuidado. Com este estudo podemos constatar que o treinamento com a simulação *in situ* melhorou o nível de autoconfiança dos profissionais frente a uma situação de parada cardiopulmonar, ao longo do tempo, como estratégia de capacitação.

A estratégia de simulação permite que o profissional aproprie-se de conhecimentos e visualize possíveis consequências de suas reais ações na evolução do paciente (DAL SASSO, 2006).

O estudo apresentou como limitações a indisponibilidade e recusas de alguns profissionais em participar do estudo, mesmo com inúmeras visitas e horários diversificados, ainda houve impedimentos de contato com alguns profissionais devido a escala de trabalho. Apesar das limitações, o uso da simulação *in situ* revelou-se como uma potencial e significativa estratégia ao ganho de autoconfiança dos profissionais de enfermagem, considerando a repercussão desse sentimento no cuidado direto e segurança do paciente (RODRIGUES, 2017).

7. CONCLUSÃO

A percepção sobre autoconfiança aumentou principalmente nos profissionais do grupo experimental, confirmando a influência da estratégia de simulação *in situ* como ferramenta de aquisição de autoconfiança não apenas temporária, mas de forma persistente, ou seja, ao longo do tempo, mesmo em situações críticas com a PCP.

O nível de autoconfiança dos profissionais de enfermagem para atendimento de PCP manteve-se constante pré e pós abordagem teórica dialogada.

Profissionais de enfermagem submetidos à aula dialogada como estratégia para capacitação profissional mostraram menor nível de autoconfiança para assistência ao paciente em PCP, ao longo do tempo, em relação aqueles submetidos à estratégia simulada.

REFERÊNCIAS

- 1) ABREU, A G. et al. **O uso da simulação realística como metodologia de ensino e aprendizagem para as equipes de enfermagem de um hospital infante - juvenil: relato de experiência**, Porto Alegre, v. 7, n. 3, p. 162-166, set. 2014.
- 2) ALKHULAIF, A. et al. **In Situ Simulation: advantages, challenges and obstacles**. LatinAm J Telehealt, v.3, n.2, p. 133-140, 2016
- 3) ALVES, C. A. et al. **Parada Cardiorrespiratória e Enfermagem: o conhecimento acerca do Suporte Básico de Vida**, Minas Gerais, p. 1-6, jun. 2013. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/32579>. Acesso em: 16 mar. 2018.
- 4) American Heart Association (AHA). **Atualizações das Diretrizes de RCP e ACE**. Disponível em: <https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Portuguese.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2018
- 5) ARAÚJO, K. A. et al. **Reconhecimento da parada cardiorrespiratória em adultos: nível de conhecimento dos enfermeiros de um pronto-socorro municipal da cidade de São Paulo**, São Paulo, p. 1-8, jan. 2008. Disponível em: http://200.196.224.129/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2008/02_abr_jun/V26_N2_2008_p183-190.pdf. Acesso em: 16 mar. 2018.
- 6) Australian Medical Council, 2012. Standards for Assessment and Accreditation of Primary Medical Programs by the Australian Medical Council 2012. (Retrieved from). Australian Nursing and Midwifery Accreditation Council, 2012. Registered Nurse Accreditation Standards. (Retrieved from Canberra. Disponível em: http://www.anmac.org.au/sites/default/files/documents/ANMAC_RN_Accreditation_Standards_2012.pdf. Acesso em: 16 mar 2018.
- 7) Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2012. National Safety and Quality Health Service Standards. (Retrieved from Sydney. Disponível em: <https://www.safetyandquality.gov.au/publications/national-safety-and-quality-health-service-standards>. Acesso em: 16 mar 2018.

- 8) BARLACH, L. et al. **O Conceito de Resiliência Aplicado ao Trabalho nas Organizações**, p. 1-12, jan. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rip/v42n1/v42n1a11.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2018.
- 9) BARREIRA, D.D.; NAKAMURA, A. P. **Resiliência e a auto-eficácia percebida: articulação entre conceitos**, p. 1-6, jan. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n23/n23a08.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2018.
- 10) BARRETO, D. G. et al. **Simulação realística como estratégia de ensino para o curso de graduação em enfermagem: Revisão Integrativa**, Salvador, v. 28, n. 2, p. 208-214, maio. 2014. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/8476/8874>. Acesso em: 16 mar. 2018.
- 11) BARROS, M.; SANTOS, A. C. B. **Por dentro da autoeficácia: um estudo sobre seus fundamentos teóricos, suas fontes e conceitos correlatos**, p. 1-9, set. 2010. Disponível em: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/viewFile/10818/5961>. Acesso em: 16 mar. 2018.
- 12) BELLAN, M. C. **Capacitação do enfermeiro para o atendimento da parada cardiorrespiratória**. 2006. 219 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2006. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/309773/1/Bellan_Margarete_Consorti_M.pdf. Acesso em: 16 mar. 2018.
- 13) Center for Advancement of Interprofessional Education (CAIPE). Disponível em: <http://www.caipe.org.uk>. Acesso em: 16 mar 2018
- 14) Conselho Federal de Enfermagem – Cofen. **Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem**. 2015. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html. Acesso em: 16 mar 2018.
- 15) COOPER, J.B.; TAQUETI, V.R. **A brief history of the development of mannequin simulators for clinical education and training**. Postgrad MedJ. V. 997, n.84, p.563-570, 2008.

- 16) DAL SASSO, G.M. et al. **Guia Metodológico para Simulação em Enfermagem** – CEPETEC. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2015.
- 17) DAL SASSO, G.M.; SOUZA M.L. **A simulação assistida por computador: a convergência no processo educar-cuidar da enfermagem**. Texto & Contexto: Enfermagem 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a05v15n2.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2018
- 18) DONOSO, M. T. V. **O gênero e suas possíveis repercussões na gerência de enfermagem**. Revista Mineira, Belo Horizonte, v.4, n.1/2, p-67-69, 2000.
- 19) DUARTE, T. T. P; OLIVEIRA, J. M. S. Simulação na educação e na pesquisa em saúde. In: In: MAGRO, M. C. S.; HERMANN, P. R. S. **Simulação em saúde: construindo um ambiente simulado**. 1º. ed. Curitiba: Appris, 2017. Cap. 2, p. 27-31.
- 20) GABA, D. M. **The future vision of simulation in health care**, v.13, p. 1-10, out. 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765792/>. Acesso em: 16 de mar. 2018
- 21) GABA, D. M; DEANDA, A. **A comprehensive anesthesia simulation environment: re-creating the operating room for research and training**; Anesthesiology. V. 3, n. 69, p. 387-394, 1988. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3415018>. Acesso em: 16 mar 2018.
- 22) HAMMICK, M., Freeth, D., Koppel, I., Reeves, S., Barr, H., 2007. **A Best evidence systematic review of interprofessional education**: BEME guide n. 9. Med. Teach. 29, 735–751.
- 23) HERMANN, P. R. S. Etapas da simulação: Debriefing. In: —. Simulação em Saúde. 1º. ed. Curitiba: Appris, 2017, p 47-82.
- 24) JONES, F.; PASSOS-NETO, C. E.; BRAGHIROLI, O. F. M. **Simulation in Medical Education: Brief history and methodology**. PPCR. v. 2, n. 1, p. 56-63, 2015.
- 25) KALANITI, K. **In situ simulation: let's work, practice and learn together**. Acta Paediatrica, v.103, n.12, p. 1219-20, 2014.
- 26) KANEKO, R. M. U. et al. **Simulação in Situ, uma Metodologia de Treinamento Multidisciplinar para Identificar Oportunidades de Melhoria**

- na Segurança do Paciente em uma Unidade de Alto Risco.** Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 286-293, 2015.
- 27) LORENZETTI, Jorge et al. **Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária**, Florianópolis, p. 1-8, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a23v21n2.pdf> . Acesso em: 16 mar. 2018.
- 28) MAGRO, M. C. S.; HERMANN, P. R. de S. **Simulação em saúde: construindo um ambiente simulado**. 1º. ed. Curitiba: Appris, 2017. 119p.
- 29) MAZZO, A.; et al. **Validação de escala de autoconfiança para assistência de enfermagem na retenção urinária**, p. 1-7, out. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt_0104-1169-rlae-23-05-00814.pdf. Acesso em: 16 mar. 2018.
- 30) MESKA, M. H. G.; et al. **Retenção urinária: implicações do treino simulado de baixa fidelidade na autoconfiança do enfermeiro**, São Paulo, p. 1-8, out. 2016. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3610/361048760017.pdf> . Acesso em: 16 mar. 2018.
- 31) NEHRING, W. M.; LASHLEY, F. R. **Nursing Simulation: A Review of the past 40 years.** *Simulation e Gaming*. V.40, n.4, p.528-552, 2009.
- 32) PATTERSON, M.D. et al. **In situ simulation: detection of safety threats and teamwork training in a high risk emergency department.** *BMJ Quality&Safety*, v. 20, 2013.
- 33) PISCIOTTANI, F; et al. **Simulação In Situ em Ressuscitação Cardiopulmonar: Implicações para a Educação Permanente em Enfermagem.** *Revista de Enfermagem*, Recife, 2017.
- 34) RIBEIRO, A. C. A. et al. **Resiliência no Trabalho Contemporâneo: promoção e/ou desgastes da saúde mental**, p. 1-11, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v16n4/a13v16n4>. Acesso em: 16 mar. 2018
- 35) RIBEIRO, M. N. S. et al. **Self-esteem and resilience in people with type 2 diabetes mellitus**, p. 1-9, mar. 2017. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/self_esteem_resilience.pdf. Acesso em: 16 mar. 2018.
- 36) RODRIGUES, I. D. C. V. **Simulação realística no processo de ensino-aprendizagem do raciocínio diagnóstico de enfermagem.** Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do

Norte, Natal, [2017]. Disponível em:
https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/23359/1/lellenDantasCamposVerdesRodrigues_TESE.pdf. Acesso em: 16 mar. 2018.

- 37) SILVA, S. C.; PADILHA, K. G. **Parada Cardiorrespiratória na Unidade de Terapia Intensiva: considerações teóricas sobre os fatores relacionados às ocorrências iatrogênicas**, São Paulo, p. 1-5, abr. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n4/v35n4a07.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2018.
- 38) SINÉSIO, M. C. T. Aspectos conceituais e históricos em simulação no ensino de enfermagem. In: MAGRO, M. C. S.; HERMANN, P. R. S. **Simulação em saúde: construindo um ambiente simulado**. 1º. ed. Curitiba: Appris, 2017. Cap. 1, p. 19-25.
- 39) SPURR, J. et al. **Top 10 (+1) tips to get started with in situ simulation in emergency and critical care departments**. Emergency Medicine Journal, v.33, 2017.
- 40) TEIXEIRA, I.N.D.O.; FELIX, J.V.C. **Simulation as a teaching strategy in nursing education: literature review**. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.15, n.39, p.1173-83, out/dez 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n39/aop3011.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2018
- 41) VAN DYK, J.; SIEDLECKI, S. L.; FITZPATRICK, J. J. **Frontline nurse managers' confidence and self-efficacy**, p. 1-7, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26762223>. Acesso em: 16 mar. 2018.
- 42) ZIMMERMANN, K. et al. **Inter-professional in situ simulated team and resuscitation training for patient safety: Description and impact of a programmatic approach**. BMC Medical Education, 2015.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto: Implementação e eficácia da simulação *in situ* na educação em saúde de profissionais de enfermagem para melhoria da segurança do paciente em unidades de cuidados críticos, com a pesquisadora responsável Mayara Silva do Nascimento (e-mail: mayara-sn@hotmail.com).

O nosso objetivo é analisar e avaliar a implementação e a eficácia da simulação *in situ* no processo de atualização de profissionais em cenário de cuidados intensivos ao paciente crítico, visando não apenas consolidação do conhecimento, mas a própria segurança do paciente.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a).

A sua participação se dará por meio de atividades teóricas e práticas. A parte teórica refere-se à aplicação de um questionário, em data a combinar, com questões de caracterização de aspectos de formação profissional e de conhecimento sobre a assistência ao paciente crítico, com tempo estimado de 20 minutos; e, em seguida, uma oficina teórica sobre assistência ao paciente com necessidade de reanimação cardiopulmonar. Posteriormente, haverá a uma atividade prática em que serão usados simuladores no lugar de pacientes. O tempo previsto para essa ação é de estimadamente 60 minutos. Esta etapa, por sua vez, terá gravação de áudio e imagem por meio de smartphones ou câmeras do próprio pesquisador.

Após esta fase, será aplicado um questionário acompanhado de escalas, para verificação do grau de autoconfiança quanto a realização do conteúdo abordado, com previsão de 15 minutos para preenchimento. Três meses após essa atividade de simulação ocorrerá a aplicação de um teste para avaliação da retenção de conhecimentos teóricos referente à oficina previamente ministrada. Todas as etapas serão no próprio PS/UTI adulto do Hospital Regional de Ceilândia, em horário previamente acordado com a chefia, para evitar transtornos ao processo assistencial diário. Essas fases estão previstas para abril e julho de 2017.

Não existe um tempo pré-determinado para responder o questionário. Será respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informamos que o (a) senhor (a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhor(a).

Participante do projeto

Pesquisador responsável

A liberdade do consentimento será particularmente garantida para todos os participantes da pesquisa, assim como o sigilo, assegurando privacidade a estes quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, bem como a possibilidade que os mesmos desistam em qualquer fase do estudo, ou se recusem a participar do mesmo. Todas as despesas que você tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Os riscos diretos dessa pesquisa estão associados tanto ao método de simulação, quanto à sua filmagem. Existe a possibilidade de gerar sentimentos de ansiedade e estresse, vinculados à vivência de um cenário simulado na área de urgência e emergência, mas por outro lado, esse risco será minimizado pelo fato do participante a qualquer momento estar livre para indicar algum constrangimento ou desconforto ao pesquisador responsável, sendo então desligado da pesquisa e encaminhado a um serviço de psicologia da própria secretaria de saúde (SES/DF).

A possibilidade de risco indireto caracteriza-se pela divulgação de dados pessoais coletados na entrevista durante o desenvolvimento do estudo, no entanto, será minimizado pela adoção de codificação dos profissionais nos formulários, escalas e questionários adotados, ou seja, os registros não terão a identificação nominal dos participantes. Outra possibilidade seria a divulgação de imagem e som dos participantes, minimizado pela desse material apenas pela pesquisadora principal, que só fará uso para fins científicos e educativos.

No que se refere aos benefícios, em longo prazo espera-se estimular a implementação da simulação in situ como metodologia ativa, educativa e permanente para profissionais de saúde visando a melhoria da qualidade

assistencial e a segurança do paciente; redução de eventos adversos relacionados à assistência ao paciente crítico; e, conscientização da equipe de enfermagem para as recomendações de segurança do paciente na assistência hospitalar, melhoria do arcabouço teórico e prático dos profissionais de enfermagem.

Se você aceitar participar, estará contribuindo para proporcionar consolidação de saberes otimizando o processo de ensino e aprendizagem, para assim fazer com que os profissionais reavaliem a prática diária, visando melhorar a assistência e a segurança ao paciente.

O (a) Senhor (a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser ressarcido e/ou indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados no Setor de Pesquisa do Hospital Regional de Ceilândia e na Instituição Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, entre em contato com Mayara Silva do Nascimento, telefone: 61-98197-7954, e-mail: mayara-sn@hotmail.com; ou com a orientadora do Projeto: Marcia Cristina da Silva Magro, telefone: 61-98269-0888, e-mail: marciamagro@unb.br; disponíveis inclusive para ligações a cobrar.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Participante do projeto

Pesquisador responsável

As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidas pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00h às 12:00h e de 13:30h às 15:30h, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Além disso, como a Secretaria de Estado de Saúde é co-participante desta pesquisa, este projeto também foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do participante de pesquisa também podem ser obtidas por meio do telefone: (61) 3325-4955.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável (Nome e assinatura)

Brasília, ____ de _____ de _____

**APÊNDICE B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO USO DE IMAGEM E SOM DE
VOZ**

**Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz
para fins de pesquisa**

Eu, _____ ,
autorizo a utilização da minha imagem e som de voz, na qualidade de participante/entrevistado(a) no projeto de pesquisa intitulado “Implementação e eficácia da simulação *in situ* em educação em saúde de profissionais de enfermagem para melhoria da segurança do paciente em unidades de cuidados críticos”, sob responsabilidade de Mayara Silva do Nascimento vinculado(a) ao Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Minha imagem e som de voz podem ser utilizados apenas para análise por parte da equipe de pesquisa, apresentações em conferências profissionais e/ou acadêmicas, e atividades educacionais.

Tenho ciência de que não haverá divulgação da minha imagem nem som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e pesquisa explicitadas acima. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens e sons de voz são de responsabilidade do (a) pesquisador (a) responsável.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, da minha imagem e som de voz.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o (a) pesquisador (a) responsável pela pesquisa e a outra com o (a) participante.

Assinatura do (a) participante

Nome e Assinatura do (a) pesquisador (a)

Brasília, ____ de ____ de ____

ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

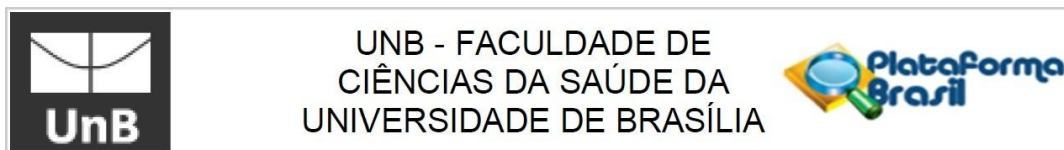
Escala de Autoconfiança

Escala Self-confidence					
	NADA CONFIANTE	POUCO CONFIANTE	CONFIANTE	MUITO CONFIANTE	EXTREMAMENTE CONFIANTE
Quão confiante está de ser capaz de comunicar adequadamente com a família e a equipe?	1	2	3	4	5
Quão confiante está de ser capaz de checar o pulso do paciente?	1	2	3	4	5
Quão confiante está de ser capaz de realizar monitorização do paciente?	1	2	3	4	5
Quão confiante está de ser capaz de identificar ritmos de paradas cardiorrespiratórias no monitor dos pacientes?	1	2	3	4	5
Quão confiante está de ser capaz de administrar medicações corretas, na dose e via corretas, em situações de parada cardiorrespiratória?	1	2	3	4	5
Quão confiante está de ser capaz de realizar compressões cardíacas em um paciente em parada cardiorrespiratória?	1	2	3	4	5

Quão confiante está de ser capaz de realizar a ventilação de um paciente em parada cardiorrespiratória?	1	2	3	4	5
Quão confiante está de ser capaz de utilizar um desfibrilador externo automático (DEA)?	1	2	3	4	5
Quão confiante está de ser capaz de trabalhar em equipe em uma situação de parada cardiorrespiratória?	1	2	3	4	5
Quão confiante está de ser capaz de exercer liderança em uma situação de parada cardiorrespiratória?	1	2	3	4	5
Quão confiante está que a Simulação Realística é importante para o aprendizado?	1	2	3	4	5
Quão confiante está que a Simulação Realística é eficaz para o processo de ensino e aprendizagem?	1	2	3	4	5

Fonte: adaptado de MARTINS, J. C. A.; BATISTA, R. C. N.; COUTINHO, V. R. D.; MAZZO, A.; RODRIGUES, M. A.; MENDES, I. A. C. Self-confidence for emergency intervention: adaptation and cultural validation of the Self-confidence Scale in nursing students. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 22, n.4, p. 554-561, 2014 [citado 20 jun 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-1169201400040055.

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Implementação e eficácia da simulação in situ na educação em saúde de profissionais de enfermagem para melhoria da segurança do paciente em unidades de cuidados críticos

Pesquisador: Mayara Silva do Nascimento

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 71120217.4.0000.0030

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.357.399

Apresentação do Projeto:

Resumo segundo autor:

“Introdução: A preocupação com a qualidade do cuidado e com a segurança do paciente em serviços de saúde tem sido uma questão de alta prioridade. Objetivo: Analisar e avaliar a implementação e a eficácia da simulação in situ no processo de atualização de profissionais em cenário de cuidados intensivos ao paciente crítico, visando não apenas consolidação do conhecimento, mas a própria segurança do paciente. Método: Estudo quase-experimental, a ser desenvolvido na Unidade de Cuidado Intensivo adulto geral do Hospital Regional de Ceilândia (HRC). Serão incluídos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, com experiência de no mínimo seis meses no setor. O protocolo de coleta de dados ocorrerá em fases, a saber: 1)Sensibilização da equipe de enfermagem junto à gestão; 2)Construção de um cenário de assistência ao paciente em parada cardiopulmonar; 3)Validação do cenário; 4)Aplicação de um questionário com questões estruturadas para caracterização do perfil sociodemográfico dos profissionais, um pré-teste para avaliação do conhecimento prévio dos profissionais sobre assistência ao paciente em parada cardiopulmonar, e uma escala para verificação da autoconfiança do profissional frente à um cenário simulado; 5) Oficina de aprendizagem para nivelamento do conhecimento dos profissionais sobre assistência ao paciente em parada cardiopulmonar; 6)Implementação de atividade simulada de atendimento à pacientes em parada cardiopulmonar no

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 2.357.399

local natural de assistência ao paciente (in situ) por meio de um simulador de paciente, com ênfase aos aspectos assistenciais relacionados à monitorização de variáveis hemodinâmicas, raciocínio crítico e tomada de decisão; 7) Aplicação de um pós-teste, que constará das mesmas questões do pré-teste para avaliação da aquisição de conhecimento imediato após vivenciar o cenário simulado. Nessa fase, também serão aplicadas as escalas Self-confidence in learning scale e de Design de simulação para avaliar tanto a autoconfiança como a percepção dos profissionais quanto ao emprego da simulação como método facilitador de conhecimento. 8) Após a simulação será realizado o debriefing com o objetivo de permitir ao profissional uma reflexão sobre o seu desempenho em relação as ações realizadas no cenário. Com três etapas: emocional, comportamental e cognitiva. 9) Por fim, haverá a aplicação de teste de retenção de conhecimento cognitivo teórico três meses após a aplicação da metodologia de simulação in situ, para avaliação da fixação e apreensão do conhecimento em longo prazo, por meio de um questionário de avaliação de conhecimento e das escalas de autoconfiança (Self-confidence in learning scale) e Escala Design de Simulação”.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

"Analisar e avaliar a implementação e a eficácia da simulação in situ no processo de atualização de profissionais em cenário de cuidados intensivos ao paciente crítico, visando não apenas consolidação do conhecimento, mas a própria segurança do paciente".

Objetivo Secundário:

"• Identificar e caracterizar o perfil sociodemográfico dos profissionais de enfermagem que atuam na unidade de assistência intensiva geral do Hospital Regional de Ceilândia;• Descrever o nível de autoconfiança, de satisfação e conhecimento de profissionais de enfermagem na assistência intensiva ao paciente crítico por meio da aplicação das seguintes escalas: Self-confidence in learning scale e a Escala do Design da Simulação, validadas nacionalmente (no Brasil);• Descrever e analisar a retenção de conhecimento de profissionais de enfermagem no cuidado ao paciente em situação crítica por meio da implementação da simulação in situ como medida norteadora do cuidado. • Promover o desenvolvimento de competências cognitivas, psicomotoras e atitudinais no grupo de enfermeiros da UTI, por meio da adoção de uma estratégia de ensino baseada em evidências".

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

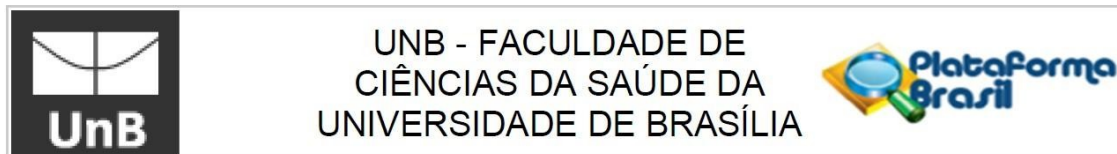
CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.357.399

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Os riscos diretos dessa pesquisa estão associados tanto ao método de simulação, quanto à sua filmagem. Existe a possibilidade de gerar sentimentos de ansiedade e estresse, vinculados à vivência de um cenário simulado na área de urgência e emergência, mas por outro lado, esse risco será minimizado pelo fato do participante a qualquer momento estar livre para indicar algum constrangimento ou desconforto ao pesquisador responsável, sendo então desligado da pesquisa e encaminhado à um serviço de psicologia da própria secretaria de saúde (SES/DF). A possibilidade de risco indireto caracteriza-se pela divulgação de dados pessoais coletados na entrevista durante o desenvolvimento do estudo, no entanto, será minimizado pela adoção de codificação dos profissionais nos formulários, escalas e questionários adotados, ou seja, os registros não terão a identificação nominal dos participantes. Outra possibilidade seria a divulgação de imagem e som dos participantes, minimizado pela desse material apenas pela pesquisadora principal, que só fará uso para fins científicos e educativos".

Benefícios:

"Estimular a implementação da simulação in situ como metodologia ativa, educativa e permanente para profissionais de saúde visando a melhoria da qualidade assistencial e a segurança do paciente; Redução de eventos adversos relacionados à assistência ao paciente crítico; e, Conscientização da equipe de enfermagem para as recomendações de segurança do paciente na assistência hospitalar, melhoria do arcabouço teórico e prático dos profissionais de enfermagem".

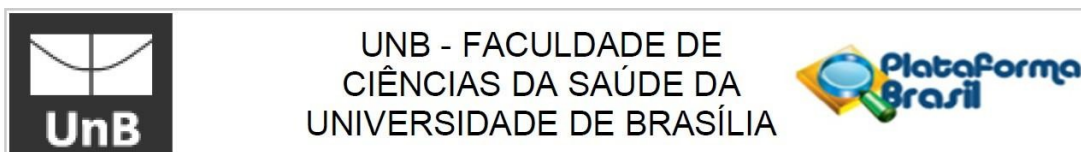
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de mestrado de Mayara Silva do Nascimento, sob orientação da Prof Márcia Cristina da Silva Magro do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília.

Será realizada com 40 profissionais de enfermagem: enfermeiros, técnicos e auxiliares devidamente registrados no COREN e que possuam experiência mínima de 6 meses no setor. A pesquisa envolverá testes de conhecimento, oficina de aprendizagem, simulação de parada cardiorrespiratória e uma reflexão sobre o aprendizado.

Pesquisa com financiamento próprio orçada em R\$ R\$ 8.559,40, consistindo de material de papelaria, materiais de escritório, notebook, manequim torso para manobra de reanimação

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.357.399

cardiopulmonar, serviço de análise estatística, confecção de material científico.

Cronograma com etapa "Coleta de dados" com início previsto para setembro e término em dezembro.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O presente parecer foi elaborado a partir da apreciação dos seguintes documentos:

1. Projeto Plataforma Brasil – "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_828805.pdf", postado em 15/09/2017.;
2. Carta de resposta às pendências emitidas pelo CEP – "CartaRespPendenciasCEPFS2.doc", postada em 15/09/2017.

Recomendações:

Não se aplicam.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Análise das respostas às pendências apontadas pelo Parecer Consubstanciado No. 2.271.111 ("CartaRespPendenciasCEPFS2.doc", postada em 15/09/2017):

1. Quanto aos currículos:

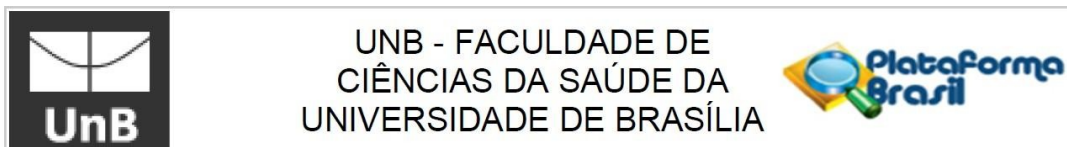
Solicita-se anexar o Currículo de Paula Regina de Souza e esclarecer sua participação na pesquisa, tendo em vista que Paula Regina de Souza consta como membro da "Equipe de Pesquisa" na página 1 de 7 do Projeto Plataforma Brasil ("PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_828805.pdf"), postado em 07/07/2017.

RESPOSTA - Parecer No. 2.225.018: Essa pessoa foi direcionada para outro projeto, então damos ciência da retirada do nome desse membro do projeto.

ANÁLISE - Parecer No. 2.225.018: A pesquisadora esclarece que Paula Regina de Souza não fará parte da equipe de pesquisa. Contudo, esta permanece como membro da equipe na página 1 de 7, item "Equipe de Pesquisa" no Projeto Plataforma Brasil – "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_828805.pdf", postado em 27/08/2017. Solicita-se a retirada da pesquisadora da equipe de pesquisa. PENDÊNCIA PARCIALMENTE ATENDIDA

RESPOSTA - Parecer No. 2.271.111: O nome da pesquisadora foi retirado da página 1 de 7, item "Equipe de Pesquisa" no Projeto Plataforma Brasil. Adequação realizada conforme solicitado.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.357.399

ANÁLISE - Parecer No. 2.271.111: PENDÊNCIA ATENDIDA

2 . Solicita se incluir tanto no Projeto da Plataforma Brasil ("PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_828805.pdf") quanto no Projeto Detalhado ("PROJETOUTIHRCEM-versaoCEP4FIM.doc") detalhamento sobre o tempo de aplicação para cada fase do teste com os participantes bem como o momento que ocorrerá a filmagem como foi informado pela própria pesquisadora responsável no TCLE.

RESPOSTA - Parecer No. 2.225.018: Incluído na plataforma, na página 4, sessão "Metodologia Proposta", em cada fase do projeto; No projeto detalhado, abaixo do 4º parágrafo, páginas 11 e 12, em cada uma das fases (cada subitem). Nos itens 1, 2, 3, 4, 7, 8 e 9 está ao final do parágrafo, nos outros está no contexto do parágrafo. O momento que ocorrerá a filmagem foi inserido no item 6, página 12, ao final do parágrafo. Assim como na plataforma, página 4, sessão "Metodologia Proposta, ao final da fase 6. Documento: "PROJETOMESTRADOCEP.docx".

ANÁLISE - Parecer No. 2.225.018: PENDÊNCIA ATENDIDA

3.2 O participante de pesquisa e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as páginas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) apondo sua assinatura na última página do referido Termo. Solicita-se adequação do TCLE para que haja espaço para rubrica dos sujeitos referidos nas páginas em que não constam as assinaturas.

RESPOSTA - Parecer No. 2.225.018: Adicionado ao final das páginas. Páginas 1 e 2 de 3. No documento: "TCLECEP.docx".

ANÁLISE - Parecer No. 2.225.018: O TCLE ("TCLECEP.docx", postado em 27/08/2017) apresenta na página 1 de 2 e na página 2 de 2 espaço para rubrica do pesquisador e do participante da pesquisa. PENDÊNCIA ATENDIDA

3.3 Como a Secretaria de Estado de Saúde é coparticipante desta pesquisa, solicita-se inserir ao final do penúltimo parágrafo a seguinte informação: "Além disso, como a Secretaria de Estado de Saúde é coparticipante desta pesquisa, este projeto também foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante de pesquisa também podem ser obtidos por meio do telefone: (61) 3325-4955."

RESPOSTA - Parecer No. 2.225.018: Inserido como 5º (penúltimo parágrafo). Página 3 de 3. No documento: "TCLECEP.docx".

ANÁLISE - Parecer No. 2.225.018: O parágrafo a seguir localiza-se no penúltimo parágrafo da

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro	
Bairro: Asa Norte	CEP: 70.910-900
UF: DF	Município: BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947	E-mail: cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 2.357.399

página 3 de 3 do TCLE ("TCLECEP.docx", postado em 27/08/2017): "Além disso, como a Secretaria de Estado de Saúde é coparticipante desta pesquisa, este projeto também foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do participante de pesquisa também podem ser obtidos por meio do telefone: (61) 3325-4955". PENDÊNCIA ATENDIDA

3.4 Apesar de não estarem previstas inicialmente despesas com ressarcimento, nos termos do item IV.3, g) da Resolução 466, o TCLE obrigatoriamente deverá conter a "explicitação da garantia de ressarcimento e como serão cobertas as despesas tidas pelos participantes da pesquisa e dela decorrentes" caso venham a acontecer. Desta forma, solicita-se incluir o seguinte parágrafo ao TCLE nos moldes do modelo de documento disponibilizado no site do CEP: "Todas as despesas que você (você e seu acompanhante, quando necessário) tiver (tiverem) relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável".

RESPOSTA - Parecer No. 2.225.018: Inserção no 1º parágrafo. Página 2 de 3. No documento: "TCLECEP.docx".

ANÁLISE - Parecer No. 2.225.018: A seguinte frase foi inserida ao final do primeiro parágrafo da página 2 de 2 do TCLE ("TCLECEP.docx", postado em 27/08/2017): "Todas as despesas que você tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável".
PENDÊNCIA ATENDIDA

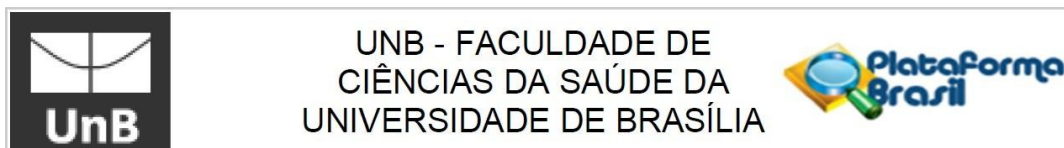
4. Quanto aos riscos:

Solicita-se adequar a avaliação dos riscos tanto no Projeto Detalhado, Projeto Plataforma Brasil e TCLE. Devem ser analisados os riscos diretos e indiretos inclusive da entrevista e da filmagem.

RESPOSTA - Parecer No. 2.225.018: Adequados os benefícios e riscos no Projeto Detalhado nos 3º, 4º e 5º parágrafos, página 10, documento: "PROJETOMESTRADOCEP.docx"; No TCLE, 2º, 3º e 4º parágrafos, página 2 de 3, documento: TCLECEP.docx; e, na Plataforma Brasil, itens 9 e 10 (Riscos e Benefícios), página 4.

ANÁLISE - Parecer No. 2.225.018: Na página 4 de 7, item "riscos" do Projeto da Plataforma Brasil ("PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_828805.pdf", postado em 27/08/2017 às 11:27:33); nos parágrafos 4º e 5º da página 10, título "Critérios éticos" do Projeto Detalhado

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.357.399

("PROJETOMESTRADOCEP.docx", postado em 27/08/2017); bem como nos parágrafos 2º e 3º da página 2 de 2 do TCLE ("TCLECEP.docx", postado em 27/08/2017), a pesquisadora descreve: "Os riscos diretos dessa pesquisa estão associados tanto ao método de simulação, quanto à sua filmagem. Existe a possibilidade de gerar sentimentos de ansiedade e estresse, vinculados à vivência de um cenário simulado na área de urgência e emergência, mas por outro lado, esse risco será minimizado pelo fato do participante a qualquer momento estar livre para indicar algum constrangimento ou desconforto ao pesquisador responsável, sendo então desligado da pesquisa e encaminhado à um serviço de psicologia da própria secretaria de saúde (SES/DF). A possibilidade de risco indireto caracteriza-se pela divulgação de dados pessoais coletados na entrevista durante o desenvolvimento do estudo, no entanto, será minimizado pela adoção de codificação dos profissionais nos formulários, escalas e questionários adotados, ou seja, os registros não terão a identificação nominal dos participantes. Outra possibilidade seria a divulgação de imagem e som dos participantes, minimizado pela desse material apenas pela pesquisadora principal, que só fará uso para fins científicos e educativos". PENDÊNCIA ATENDIDA

Pendências sanadas.

Protocolo de pesquisa em conformidade com a Resolução CNS 466/2012 e Complementares.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme a Resolução CNS 466/2012, itens X.1 - 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_828805.pdf	15/09/2017 11:26:38		Aceito
Outros	CartaRespPendenciasCEPFS2.doc	15/09/2017 11:26:14	Mayara Silva do Nascimento	Aceito
Outros	CartaRespPendenciasCEPFS.doc	27/08/2017 11:25:47	Mayara Silva do Nascimento	Aceito
Cronograma	CronogramadeAtividades1.docx	27/08/2017 11:22:30	Mayara Silva do Nascimento	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	PROJETOMESTRADOCEP.docx	27/08/2017 11:20:50	Mayara Silva do Nascimento	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

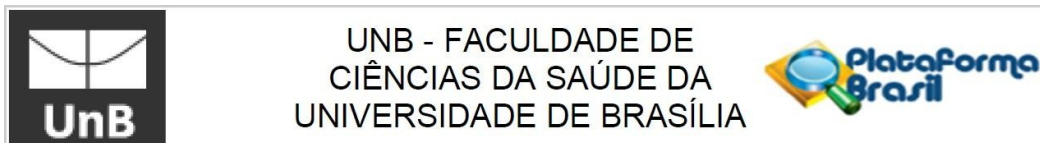


Continuação do Parecer: 2.357.399

Investigador	PROJETOMESTRADOCEP.docx	27/08/2017 11:20:50	Mayara Silva do Nascimento	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLECEP.docx	27/08/2017 11:20:38	Mayara Silva do Nascimento	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE5.docx	07/07/2017 13:33:42	Mayara Silva do Nascimento	Aceito
Outros	termoderesponsabilidade3.doc	03/06/2017 23:20:25	Mayara Silva do Nascimento	Aceito
Outros	cartamarciamayraprojecto2.doc	03/06/2017 23:13:22	Mayara Silva do Nascimento	Aceito
Outros	Termoconcord.doc	03/06/2017 23:12:24	Mayara Silva do Nascimento	Aceito
Outros	TACorpaticipacao2.doc	03/06/2017 23:07:27	Mayara Silva do Nascimento	Aceito
Outros	CurricVitae2016marcia.doc	03/06/2017 22:57:18	Mayara Silva do Nascimento	Aceito
Cronograma	CronogramadeAtividades.docx	03/06/2017 22:54:53	Mayara Silva do Nascimento	Aceito
Outros	CurricVitae20162.doc	01/06/2017 10:30:58	Mayara Silva do Nascimento	Aceito
Outros	termoderesponsabilidade2.pdf	30/05/2017 10:58:18	Mayara Silva do Nascimento	Aceito
Outros	carta2.pdf	30/05/2017 10:57:31	Mayara Silva do Nascimento	Aceito
Outros	Curriculomarcia.pdf	29/05/2017 10:47:45	Mayara Silva do Nascimento	Aceito
Outros	mayaratermodeanuencia.pdf	29/05/2017 10:39:26	Mayara Silva do Nascimento	Aceito
Outros	mayaratermodeconcordancia.pdf	29/05/2017 10:38:14	Mayara Silva do Nascimento	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	09/05/2017 10:57:42	Mayara Silva do Nascimento	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOUTIHRCEMversaoCEP4FIM.docx	09/05/2017 10:50:50	Mayara Silva do Nascimento	Aceito
Outros	som_e_voz.docx	09/05/2017 10:44:48	Mayara Silva do Nascimento	Aceito
Outros	curriculo.pdf	16/04/2017 20:13:10	Mayara Silva do Nascimento	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	06/04/2017 23:50:40	Mayara Silva do Nascimento	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.357.399

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 30 de Outubro de 2017

Assinado por:
Marie Togashi
(Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com