



**Universidade de Brasília**  
**Faculdade de Ceilândia**  
**Curso de Graduação em Enfermagem**

**ANA PAULA DE FREITAS ARAUJO**

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE CENÁRIOS PARA SIMULAÇÃO REALÍSTICA  
SOBRE ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM AO TRABALHO DE PARTO E PARTO  
VAGINAL**

**Ceilândia/DF**

**2020**

**ANA PAULA DE FREITAS ARAUJO**

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE CENÁRIOS PARA SIMULAÇÃO REALÍSTICA  
SOBRE ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM AO TRABALHO DE PARTO E PARTO  
VAGINAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem 2 da Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dra Juliana Machado Schardosim

**Ceilândia/DF**

**2020**

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Ac Araújo, Ana Paula de Freitas  
Construção e validação de cenários para simulação realística sobre assistência de enfermagem ao trabalho de parto e parto vaginal / Ana Paula de Freitas Araújo; orientador Juliana Machado Schardosim. -- Brasília, 2020.  
90 p.

Monografia (Graduação - Enfermagem) -- Universidade de Brasília, 2020.

1. Treinamento por Simulação. 2. Ensino. 3. Enfermagem Obstétrica. 4. Trabalho de Parto. 5. Parto Humanizado. I. Schardosim, Juliana Machado, orient. II. Título.

**ARAUJO, Ana Paula de Freitas. Construção e validação de cenários para simulação realística sobre assistência de enfermagem ao trabalho de parto e parto vaginal.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Comissão Julgadora**

---

Profª Dra. Juliana Machado Schardosim

Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia  
Presidente

---

Profª Dra. Alecssandra de Fátima Silva Viduedo

Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia  
Membro Efetivo

---

Profª Dra. Adriana Maria Duarte

Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia  
Membro Efetivo

---

Profª Ms Casandra Genoveva Rosales Martins Ponce de Leon

Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia  
Membro Suplente

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por tudo que tem feito em minha vida, minhas infinitas graças por cada amanhecer, por ter trilhado este caminho que não foi fácil, mas em todos os momentos esteve comigo, me amparando e me dando forças. A nossa Senhora que sempre intercedeu por mim em todos os momentos de minha vida.

A minha família que sempre esteve comigo, em especial aos meus pais, Cleonaldo e Geovana, que sempre me apoiaram e embarcaram em todos os meus sonhos comigo, me dando forças para continuar mesmo quando eu fraquejava, e diariamente me ensinaram e contribuíram para que eu fosse uma pessoa melhor. Ao meu irmão, Paulo Vinicius, que foi meu companheiro de madrugadas de estudo, que sempre me viu chorar e acreditava no meu potencial, que sempre me deu afeto e carinho e foi meu porto seguro em todos os momentos. A minha mãe de criação, Patrícia de Las Mercedes, que fez papel de mãe sempre que minha mãe esteve ausente, sempre me cobrando para que eu evoluísse e me tornasse cada dia melhor em todos os aspectos da vida.

Ao meu noivo, Tulio Soares, que esteve comigo em quase toda minha jornada de graduação, me apoiando diariamente, me incentivando a estudar e que teve toda paciência e cuidado comigo em todos os momentos. Às minhas amigas de infância, Viviane, Martins e Luma, que acreditavam no meu potencial antes mesmo que eu, que me apoiaram ao entrar na faculdade e que me ajudaram dando apoio emocional durante todo curso. Às minhas amigas de graduação, Leticia Fonseca, Karol Durães, Mariane Cesário e Barbara Romão, que me acompanharam nessa jornada repleta de dificuldades e experiência.

À minha orientadora, Juliana Machado Shardosim, que me aceitou como orientanda e me orientou com muita paciência e dedicação. É um exemplo e inspiração de mulher e profissional para todos que cruzam seu caminho e me fez querer ser melhor a cada etapa deste processo. A você, meu muito obrigada de todo meu coração.

A todos os professores e profissionais que contribuíram para minha formação.

Por fim, à Suely de Jesus Cotrim e ao HRC que emprestaram alguns materiais para que a simulação deste cenário se tornasse mais realista, a contribuição de vocês foi de suma importância para este estudo.

A todos vocês que me auxiliaram nesta caminhada.

Muito Obrigada!

## RESUMO

**Introdução:** A assistência humanizada durante o trabalho de parto e parto possui um importante papel na vida das parturientes e dos recém-nascidos. Desde a redução de risco e de danos para ambos, a assistência humanizada perpassa a segurança, o protagonismo e assegura todos os direitos às parturientes e suas famílias. Já é sabido que uma experiência de parto respeitosa interfere no vínculo mãe-bebê e reduz o risco de violência doméstica infantil. A enfermagem obstétrica luta há décadas pelo resgate de sua atuação na assistência ao parto, sendo observados importantes progressos no contexto brasileiro nas últimas décadas com inserção de enfermeiros obstetras atuantes em serviços de saúde públicos e privados e ainda na expansão da procura das famílias por parto domiciliar planejado. Essa expansão da enfermagem obstétrica tem refletido para a assistência humanizada por parte de outros profissionais envolvidos na assistência ao parto e vem também desmistificando algumas questões junto às mulheres, favorecendo seu empoderamento mediante disseminação de conhecimentos. Neste contexto, o ensino através de simulação realística se torna essencial para que haja um melhor preparo dos enfermeiros no curso de graduação. Ainda que haja a necessidade de conhecimento especializado para aqueles que optam por seguir a área da obstetrícia, os enfermeiros generalistas devem possuir conhecimentos obstétricos para atuarem em situações que surjam sem que haja um colega especialista para conduzir. A simulação promove a fixação do conteúdo teórico e exercita na prática em ambiente controlado habilidades técnicas, postura profissional, raciocínio clínico e respostas ágeis frente ao caso. **Objetivo:** Elaborar e validar dois cenários sobre assistência de enfermagem ao trabalho de parto e parto vaginal para utilização em simulação realística no curso de graduação em enfermagem. **Método:** Realizou-se um estudo metodológico, que seguiu as etapas propostas por Guilbert e Adamson (2016): *Overview, Scenario, Scenario Design, Debriefing e Assessment*. O estudo foi desenvolvido durante o ano de 2019, sendo a validação *in loco* ocorrida no Laboratório de Habilidades e Simulação do Cuidado (LHSC), da Universidade de Brasília – Faculdade Ceilândia, no dia 21 de novembro de 2019. Para realização da simulação foram necessários 15 participantes voluntários, sendo um total de 11 alunos atores (4 atuando como alunos inseridos nos cenários e os demais em papéis previstos nos cenários) e 4 profissionais no papel de juízes. O corpo de juízes foi o mesmo em ambos os cenários. A análise de dados foi realizada em planilha de *software* Microsoft Excel® versão 2010. A análise dos dados incluiu a estatística descritiva, com distribuição de frequências das variáveis relacionadas ao perfil dos juízes, sendo as variáveis simétricas

expressas em média e desvio padrão e as assimétricas em mediana e intervalo interquartil. A validação dos cenários ocorreu mediante cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), considerando valor mínimo aceitável de 1,00, conforme recomenda a literatura. Os dados utilizados no cálculo do IVC foram obtidos pelo preenchimento de uma escala *likert* pelos juízes durante a validação *in loco*. A escala *Likert* possuía 4 alternativas de resposta (1= Totalmente inadequado; 2= Inadequado, mas pode ser refeito; 3= Adequado com pequenos ajustes e 4= Totalmente adequado), sendo considerado para o IVC o percentual de respostas 3 e 4 marcadas pelos juízes. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia (CEP-FCE) da Universidade de Brasília sob CAAE nº 03107418.5.0000.8093, respeitando as normas da resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. **Resultados:** No primeiro cenário, intitulado “Assistência de Enfermagem durante o trabalho de parto” desenvolve-se a assistência de enfermagem durante o trabalho de parto apenas, sem que evolua para o período expulsivo. O segundo cenário, intitulado “Assistência de Enfermagem ao parto vaginal Humanizado” já inicia com a admissão de uma gestante em período expulsivo, evoluindo para o parto. Neste cenário desenvolve-se com os alunos as condutas frente à recepção da parturiente e todo auxílio no período expulsivo, recepção do RN e primeira hora pós-parto. Ambos os cenários obtiveram IVC médio de 1,0. Como adequações sugeridas pelos juízes, algumas modificações foram feitas pelas pesquisadoras, como a reclassificação do primeiro cenário em baixa complexidade, além de inclusão e modificação nas falas dos *scripts*, materiais e determinação de tempo para algumas etapas do cenário. **Conclusão:** Após o desenvolvimento de todas as etapas da validação dos cenários clínicos conclui-se que os objetivos do estudo foram alcançados. Além da validação dos cenários, o estudo oportunizou um momento de diálogo e aprendizado entre os membros da comunidade acadêmica e o corpo de juízes sobre a humanização na assistência ao parto. A partir da publicação deste trabalho espera-se que os cenários sejam utilizados por docentes, em diferentes universidades brasileiras, no ensino de graduação em enfermagem, na área de saúde materno-infantil. Considera-se este como um estudo de grande importância para o ensino em enfermagem, uma vez que as metodologias ativas estão sendo cada vez mais incentivadas e já se sabe que são métodos de ensino que possuem inúmeras vantagens.

**Descritores:** Treinamento por Simulação; Ensino; Enfermagem Obstétrica; Trabalho Parto; Parto Humanizado; Parto Normal.

## ABSTRACT

**Introduction:** Humanized assistance during labor and delivery plays an important role in the lives of parturients and newborns. Since the reduction of risk and damage for both, humanized assistance permeates security, protagonism and ensures all rights to parturients and their families. It is well known that a respectful delivery experience interferes with the mother-baby bond and reduces the risk of domestic violence against children. Obstetric nursing has been fighting for decades to rescue its performance in childbirth care, with important advances observed in the Brazilian context in the last decades with the insertion of obstetric nurses working in public and private health services and in the expansion of the demand of families for home birth planned. This expansion of obstetric nursing has reflected on humanized assistance by other professionals involved in childbirth assistance and has also demystified some issues with women, favoring their empowerment through the dissemination of knowledge. In this context, teaching through realistic simulation becomes essential for better preparation of nurses in the undergraduate course. Although there is a need for specialized knowledge for those who choose to continue in obstetrics, generalist nurses must have obstetric knowledge to act in situations that arise without having a specialist colleague who can drive. The simulation promotes the fixation of the theoretical content and exercises in practice in a controlled environment technical skills, professional posture, clinical reasoning and agile responses to the case. **Objective:** To develop and validate two scenarios on nursing care for labor and vaginal delivery for use in realistic simulation in the undergraduate nursing course. **Method:** A methodological study was carried out, which followed the steps proposed by Guilbert and Adamson (2016): Overview, Scenario, Scenario Design, Debriefing and Assessment. The study was developed during the year 2019, and the on-site validation took place at the Laboratory of Skills and Simulation of Care (LHSC), at the University of Brasília - Faculdade Ceilândia, on November 21, 2019. To perform the simulation, it was necessary 15 volunteer participants, a total of 11 student actors (4 acting as students inserted in the scenarios and the others in roles foreseen in the scenarios) and 4 professionals in the role of judges. The body of judges was the same in both scenarios. Data analysis was performed using a Microsoft Excel® software spreadsheet version 2010. Data analysis included descriptive statistics, with frequency distribution of variables related to the profile of the judges, with the symmetric variables being expressed in mean and standard deviation and the asymmetric variables in median and interquartile range. The scenarios were validated by calculating the Content Validity Index (CVI), considering a minimum acceptable value of 1.00, as recommended by the literature. The data used to calculate the CVI were

obtained by filling out a likert scale by the judges during on-site validation. The Likert scale had 4 response alternatives (1 = Totally inadequate; 2 = Inadequate, but it can be redone; 3 = Adequate with small adjustments and 4 = Totally adequate), considering the CVI the percentage of responses 3 and 4 marked by judges. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Faculty of Ceilândia (CEP-FCE) of the University of Brasília under CAAE nº 03107418.5.0000.8093, respecting the rules of resolution 466/12, of the National Health Council. **Results:** In the first scenario, entitled “Nursing Assistance During Labor and Delivery”, nursing assistance develops during labor only, without evolving to the expulsive period. The second scenario, entitled “Nursing Assistance to Humanized Vaginal Childbirth”, begins with the admission of a pregnant woman in an expulsive period, evolving to childbirth. In this scenario, conducts with the students regarding the reception of the parturient and all assistance in the expulsive period, reception of the NB and the first hour postpartum are developed. The scenarios obtained a mean CVI of 1.0. As adjustments suggested by the judges, some modifications were made by the researchers, such as the reclassification of the first scenario in low complexity, in addition to the inclusion and modification of lines in the scripts, materials and time determination for some stages of the scenario. **Conclusion:** After the development of all stages, it is concluded that the objectives of the study were achieved. In addition to the validation of the scenarios, the study provided an opportunity for dialogue and learning between members of the academic community and the body of judges on the humanization of childbirth care. From the publication of this work, it is expected that the scenarios will be used by teachers, in different Brazilian universities, in undergraduate nursing education, in the area of maternal and child health. This is considered a study of great importance for nursing education, since active methodologies are being increasingly encouraged and it is already known that they are teaching methods that have numerous advantages.

**Descriptors:** Simulation Training; Teaching; Obstetric Nursing; Labor, Obstetric; Humanizing Delivery; Natural Childbirth.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	16
<b>2.1 A Simulação Realística e o Ensino de Graduação em Enfermagem</b> .....	16
<b>2.2 A Importância da Validação dos Cenários Utilizados em Simulações Realísticas</b> .....	19
<b>2.3 Bases Teóricas para Construção de Cenários sobre Assistência de Enfermagem ao Trabalho de Parto e Parto Vaginal</b> .....	21
<b>2.3.1 Aspectos Fisiológicos do Trabalho de Parto e Parto</b> .....	21
<b>2.3.2 Assistência de Enfermagem com Base em Evidências Científicas</b> .....	26
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	35
<b>3.1 Objetivo Geral</b> .....	35
<b>3.2 Objetivos Específicos</b> .....	35
<b>4 MÉTODO</b> .....	36
<b>4.1 Delineamento</b> .....	36
<b>4.2 Local de Estudo</b> .....	36
<b>4.3 Participantes</b> .....	37
<b>4.4 Critérios de Inclusão</b> .....	37
<b>4.5 Critérios de Exclusão</b> .....	38
<b>4.6 Riscos e Benefícios</b> .....	38
<b>4.7 Coleta de Dados</b> .....	38
<b>4.7.1 Divulgação em Meio Eletrônico</b> .....	39
<b>4.7.2 Encontro Presencial para Apresentação da Proposta de Trabalho</b> .....	39
<b>4.7.3 Apoio Didático</b> .....	40
<b>4.7.4 Simulação Realística para Validação dos Cenários</b> .....	40
<b>4.8 Análise das informações</b> .....	41
<b>4.9 Aspectos éticos</b> .....	41
<b>5 RESULTADOS</b> .....	42
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	62
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	66
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	67
<b>APÊNDICE A: Instrumento para Elaboração do Cenário</b> .....	72
<b>APÊNDICE B: Instrumento para <i>Debriefing</i></b> .....	74
<b>APÊNDICE C – Instrumento para Validação do Cenário</b> .....	75
<b>APÊNDICE D – Caracterização e Pontuação dos Juízes</b> .....	76

<b>APÊNDICE E: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Alunos</b> .....	78
<b>APÊNDICE F: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Atores</b> .....	80
<b>APÊNDICE G: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Juízes</b> .....	82
<b>APÊNDICE H – Termo de Autorização de Uso de Imagem e Som</b> .....	84
<b>ANEXO 1 – Carta de Aprovação do Comitê de Ética</b> .....	85

## 1 INTRODUÇÃO

No século XIX, o parto acontecia em domicílio com auxílio de mulheres denominadas parteiras, porém ocorria um número considerado elevado de mortalidade materno-infantil. No Brasil, o hospital passou a ser o local de preferência para o parto em meados do século XX. Juntamente com a Revolução industrial, o costume do consumo de produtos da indústria de higiene e alimentação infantil trouxe mudanças graduais nos hábitos das mulheres e dos serviços de saúde como buscar cada vez mais profissionais especializados (RATTNER, 2009; LEISTER; RIESCO, 2013).

Em meados dos anos quarenta, os partos começaram a ocorrer em ambiente hospitalar e essa procura foi aumentando gradativamente, chegando ao final do século passado com mais de 90% dos partos realizados em hospitais. Essa mudança de modelo assistencial aconteceu por fatores como avanços em antibioticoterapia e disponibilidades tecnológicas para diagnósticos e terapêuticas, reduzindo consideravelmente a mortalidade materna e neonatal, tornando o hospital um ambiente consideravelmente mais seguro (RATTNER, 2009).

A organização da assistência ao parto no ambiente hospitalar seguiu essa influência industrial, de modo que a maioria dos hospitais ainda hoje possui o fluxo de atendimento em linha de montagem, em que a mesma gestante é atendida por muitos profissionais, cada um realizando a sua função. Além disso, tem a problemática das cesáreas eletivas, que possui um componente forte de status social atrelado, e são realizadas por conveniência de profissionais e instituições, visando tempo e produtividade (RATTNER, 2009).

Apesar de terem melhorado as taxas de mortalidade materno-infantil a partir do emprego de tecnologia na assistência ao parto no início do século XX, essa mudança trouxe consigo também aspectos negativos, pois a assistência passou de um extremo a outro. Antes muitas mulheres e seus bebês morriam por falta de tecnologia e nos tempos atuais muitos sofrem consequências por excesso desta. Além disso, diferenças sociais no Brasil ainda levam à dificuldade de acesso aos serviços de saúde de qualidade para todas as mulheres, aumento na taxa de cesarianas desnecessárias, uso abusivo de tecnologia de ponta, abortos clandestinos, baixa adesão das mulheres ao aleitamento materno, além do aumento de violências obstétricas que contribuem para que a experiência ao parto seja considerada traumática e dolorosa (SOUZA; CASTRO, 2014). Todas essas questões acabam impactando na saúde das crianças nos primeiros anos de vida.

Observou-se que, para que o Brasil continue avançando em relação à diminuição da taxa de mortalidade materno e neonatal, precisamos de melhoria e qualificação em alguns

determinantes, são eles, a assistência de pré-natal adequada, ou seja, uma assistência que consiga abranger todas as mulheres de forma igualitária independente de fatores socioeconômicos, com detecção precoce de fatores de risco, assim como um sistema de referência hospitalar ágil, qualificação de assistência ao parto, que abrange a humanização, a escolha livre da parturiente sobre seu acompanhante, ambiência, boas práticas e acolhimento com classificação de risco (BRASIL, 2012a)(SHARDOSIM, 2018)

Sobretudo a partir dos anos 2000, surge no Brasil o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) a fim de reduzir as altas taxas de mortalidade materna e neonatal e orientar o fluxo de atendimento a mulheres na atenção ao parto, e posteriormente, a fim de complementar a PHPN, surgiu a Rede Cegonha, em 2011, com uma ampla assistência à gestante desde o momento do diagnóstico da gravidez até o puerpério e estendendo a assistência ao recém-nascido até seus 24 meses. Em sua proposta, a Rede Cegonha, também estimula a escolha do parto fisiológico, bem como o parto realizado em casa de parto e por enfermeira obstetra. A Rede Cegonha valoriza o enfermeiro ao recomendar que as consultas de pré-natal sejam intercaladas entre médicos e enfermeiros, e recomenda também que o mínimo de consulta de pré-natal de baixo risco seja de 6 consultas.(COSTA, 2016).

A Rede Cegonha tem como diretriz um novo modelo de atenção à saúde, que se constitui em redes de cuidados que devem organizar e qualificar a assistência materno-infantil (COSTA et al, 2015 como pode ser visto no documento oficial do Ministério da Saúde onde revela que a política pública objetiva

organizar uma rede de cuidados que assegure, a partir da noção de integralidade da atenção às mulheres, o direito ao planejamento sexual e reprodutivo e à atenção humanizada ao pré-natal, parto, puerpério e atenção humanizada ao abortamento, bem como à criança, o direito ao nascimento seguro e humanizado e ao acompanhamento até os dois anos de idade assegurando acesso para um crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

A humanização vem sendo considerada como pilar da assistência materno-infantil nas Políticas de Saúde lançadas desde os anos 2000. O movimento pela humanização da assistência ao parto busca o resgate do protagonismo da mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, diminuindo assim o emprego excessivo e nocivo de tecnologia nesses atendimentos. Os atributos ligados a esse protagonismo são: presença de um acompanhante de livre escolha da parturiente em todo o processo, preconizada pela Lei nº 11.108/2005; presença da doula no trabalho de parto, se for vontade da gestante; disponibilidade de métodos não-farmacológicos para o alívio da dor; liberdade de escolha da posição em todo o processo e principalmente no período expulsivo; a individualidade na assistência respeitando

a parturiente e seus desejos desde que não impliquem em riscos para si e/ ou seu bebê (SHARDOSIM, 2018).

A enfermagem vem desempenhando um papel importante na área da obstetrícia, trazendo um cuidado diferenciado, uma formação ético-humanística afim de proporcionar à parturiente mais autonomia, conforto e segurança, de modo a adquirir um vínculo afetivo entre o profissional e a parturiente (SILVA et al, 2017). A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) determinaram 2020 como o ano internacional da enfermagem e obstetrícia, o marco tem como objetivo o reconhecimento do trabalho feito pelos enfermeiros, enfermeiras e parteiras em todo mundo, a fim de defender mais investimentos para esses profissionais e melhoras suas condições de trabalho, educação e desenvolvimento profissional (OPAS, 2020)

Apesar de toda essa evolução na ciência e na assistência obstétrica ao longo dos últimos séculos, se a evolução no ensino das profissões ligadas à esta área da saúde não acompanhar a evolução científica não haverá assistência pautada nas melhores evidências. Neste sentido, o ensino de enfermagem tem evoluído nas últimas décadas e a simulação realística vem sendo um método de ensino inovador cada vez mais implementado (TEIXEIRA et al, 2011; COSTA et al, 2018).

O ensino por simulação compõe o *rol* de metodologias ativas, que visam um protagonismo do aluno no processo ensino-aprendizagem. A simulação visa replicar cenários reais e essenciais, que os alunos enfrentarão em suas práticas profissionais, dentro do cenário de aprendizado. Esse método de ensino visa contribuir com a autoconfiança, o raciocínio crítico e de habilidades técnicas dos alunos. Ressalta-se como ponto positivo que a simulação proporciona ao discente a oportunidade de aperfeiçoar as suas práticas sem colocar em risco as vidas dos pacientes, além de melhorar seu papel de enfermeiro frente ao paciente e equipe quando inserido em um cenário real parecido (TEIXEIRA et al, 2011) (MARCOMINI, et al., 2017).

A simulação vem ganhando espaço e sendo amplamente utilizada no mundo inteiro, não só na enfermagem. Especialmente em profissões ligadas à saúde o ensino simulado vem sendo muito valorizado por alunos e professores, inclusive sendo adotado como parte do método de admissão em programas de residência médica no Brasil (FERREIRA, 2015). O quantitativo de estudos sobre a eficácia da simulação de ensino cresce com o decorrer do tempo, mas apesar deste crescimento ainda há dificuldades em encontrar estudos referenciando a simulação materno-infantil (PONCE DE LEON et al, 2018) (YAMANE et.al, 2019).

A validação de cenários foi uma inovação mais recente no ensino por simulação. É um processo que visa tornar o cenário mais real e pautado nas melhores evidências disponíveis. Os cenários simulados validados são avaliados por *experts* na área, tornando-se importante ferramenta de ensino. No processo de validação avalia-se se o cenário atinge o objetivo proposto, se é reprodutível e reflete a realidade, se atende às evidências científicas, entre outros fatores (ANDRADE et al, 2019).

Diante do exposto, este estudo buscou contribuir para a melhoria do ensino em enfermagem no manejo do trabalho de parto e parto de forma humanizada com a produção de dois cenários para simulação realística. Entende-se que o ensino seja uma forma de transformação social nesse processo de parir e nascer por meio de formação de profissionais mais preparados, comprometidos e respeitosos com o movimento pela humanização do parto e nascimento.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

A simulação realística faz parte das metodologias ativas de ensino, que compreendem técnicas de ensino centradas nos alunos e não na transmissão verticalizada de conhecimentos do professor para os alunos. O ensino por meio da simulação realística surgiu na área militar com simuladores de voo. Essa estratégia busca oportunizar ao aluno um primeiro contato com a realidade de sua profissão em ambiente controlado simulando situações reais (ABREU, et al, 2014).

Como estratégia de ensino a saúde, a simulação objetiva proporcionar experiências de enfrentamento de situações clínicas baseadas em pacientes reais em um cenário fictício, seguro e controlado. Os cenários são elaborados a partir do objetivo proposto para a realização da atividade, podendo possuir materiais mais simples como peças anatômicas inanimadas a materiais mais complexos como manequins robotizados que reproduzem com perfeição os aspectos da realidade de maneira interativa, dinamizando o processo de aprendizagem. O uso da simulação realística no aprendizado de saúde, permite aos alunos o treinamento de habilidades dentro de um cenário que admite erros e proporciona um crescimento nas habilidades e competências exigidas pela profissão, sem colocar em risco a segurança do paciente (ABREU, et al, 2014).

### **2.1 A Simulação Realística e o Ensino de Graduação em Enfermagem**

O processo do ensino nas profissões ligadas à saúde vem sofrendo transformações ao longo dos anos, esse processo afetou a dinâmica de ensino e aprendizado dentro das graduações de enfermagens e novas metodologias vêm sendo utilizadas. A simulação realística permite que o educando participe ativamente do seu aprendizado, com integração do teórico-prática, criando raciocínio crítico-reflexivo, além de pensamentos e atitudes proativas (COSTA et al, 2016).

O uso de simulação na enfermagem como aprendizado começou com o intuito de treinar os graduandos, já que nas décadas de 70 e 80 utilizava outros colegas ou até mesmo pacientes para que o aluno treinasse a prática de técnicas aprendidas teoricamente dentro de sala de aula. Então começou a se pensar em um método para as práticas que atendesse aos aspectos éticos, às exigências da formação no contexto atual, à segurança do aluno e do

paciente, e sobretudo que acompanhasse as tecnologias disponíveis nos diversos cenários de assistência de saúde (COSTA et al, 2016).

Comumente as instituições de ensino adotam simulações de baixa e alta fidelidade, sendo que a de baixa finalidade para treinamento de técnicas simples, como punção, e para o desenvolvimento pessoal de habilidades psicomotoras. Os de média fidelidade exige que além da interação entre participante e simulador haja também uma intervenção clínica ao cenário apresentado, entretanto são recursos de média realidade, por exemplo manequins com ruídos de fluidos fisiológicos, para que possam treinar ausculta. Já os simuladores de alta fidelidade desenvolvem no aluno um raciocínio clínico e crítico com intuito do graduando identificar o quadro clínico do paciente e correlacionar com a assistência que deve ser prestada, em um curto tempo. O que atribui ao aluno um desenvolvimento de autoconfiança, capacidade de liderança, o que causa um aprimoramento de habilidades técnicas e não-técnicas. A simulação de alta-fidelidade dentro de um cenário com realidade programada é capaz de explorar do estudante habilidades inexploradas na teoria, como a fácil e rápida identificação das necessidades de saúde, elaboração de um plano de cuidado além de desenvolver capacidades cognitivas, afetivas e psicomotoras (BARRETO, et al, 2014; MIRANDA, et al, 2018).

Temos também a simulação híbrida, que é conhecida pelo uso simultâneo de tecnologias, como simuladores, e atores. Por exemplo, a utilização de uma pelve mecânica junto ao corpo humano do ator aumentando o realismo na simulação sem nenhum custo extra. Nestes cenários de atuação em simulação obstétrica podemos encontrar o treinamento de várias assistências e técnicas, como situações de emergência e trauma, técnicas com pinça, apresentação fetal, distorcia no nascimento, sangramento no parto, cuidados com vias aéreas e realização de intubação (SOUZA et al, 2018).

Acredita-se que a eficácia para o aprendizado em simulação esteja atrelada à aplicabilidade da metodologia adequada ao objetivo proposto para a atividade e ao conhecimento de diferentes modalidades de simulação. Jones, Passo-Neto e Braghiroli (2015) propõem uma classificação da simulação em 5 grupos, de acordo com a tecnologia empregada no cenário:

- 1- Baixa tecnologia: modelos de baixo custo, ou manequins usados para ensinar conhecimentos básicos;
- 2- Simuladores por computador: software para formação e avaliação de conhecimentos clínicos e tomada de decisões;
- 3- Pacientes padronizados: atores treinados para serem pacientes, que possibilita uma avaliação da história, exame físico, habilidades de comunicação e profissionalismo;

- 4- Simuladores de tarefas complexas: simuladores computadorizados utilizados para o treinamento de procedimentos de alta fidelidade;
- 5- Simuladores realistas de pacientes: manequins computadorizados utilizados para replicação de alta fidelidade de condições clínicas complexas e de alto risco em contextos realistas.

Ratifica-se que a simulação quando comparada com outras metodologias tem um melhor desempenho como veículo de aperfeiçoamento de habilidades assistenciais dos estudantes e reflete em um melhor desempenho e competência do profissional, devido à possibilidade da repetição exaustiva das técnicas até que o aluno realize-a com êxito (BARRETO, 2014; COSTA et al, 2015). Além do bom desenvolvimento das técnicas que a simulação promove, ela também favorece o aumento da confiança do aluno sobre sua comunicação com os pacientes e na assistência prestada, diminuição da ansiedade frente às situações clínicas reais, treinamento para situações emergenciais e facilitação no gerenciamento de eventos de crise, além de ampliação da aprendizagem contextual. A simulação também se propõe a realizar o treinamento do trabalho de equipe, facilitando que na sua carreira profissional futura esse aluno saiba se posicionar na equipe, fazer a divisão de tarefas de maneira mais organizada e eficiente e tenha uma melhor comunicação com seus colegas de equipe, desenvolvendo também o aspecto individual de liderança inerente ao enfermeiro (BARETTO et al, 2014).

Como falado anteriormente a simulação realística é capaz de reproduzir qualquer cenário do contexto real em saúde. Na área materno-infantil tem uma grande importância no treino das emergências, visto que são eventos comuns, o que torna difícil para que estudantes e residentes ganhem toda experiência necessária no atendimento a pacientes reais sem causar danos. Assim, cada vez mais os programas de simulação realística vêm sendo utilizados nessa área, e tem se mostrado eficaz para melhoria de habilidades e competências para atendimento aos pacientes (HAPPEL et al, 2015).

Os primeiros simuladores na área materno-infantil foram utilizados em 1.600, na obstetrícia, para ensinar às parteiras as técnicas de manobras de um trabalho de parto difícil, eram simuladores rudimentares comparados à tecnologia atualmente disponível, porém atendiam aos objetivos de ensino da época. Desde então a área de simulação na obstetrícia se desenvolveu, utilizando de diversas tecnologias e diferentes tipos de simuladores desde de básicos a avançados (RODRIGUEZ-DIEZ et al, 2013). As ações de educação baseadas na simulação em obstetrícia, como por exemplo em maternidade, são desafiadoras, pois a segurança do paciente requer observação contínua, e as emergências são diversas e

inesperadas. Desta forma, o treinamento prévio em simulação se torna essencial, trazendo uma diminuição de intercorrências maternas e perinatais (BANGA et al, 2014).

Atualmente, existem vários simuladores obstétricos para que se alcance o mais próximo da realidade, como por exemplo, simuladores de alta fidelidade, que estão equipados com um manequim, que através de um motor, simulam o nascimento do bebê com os movimentos de rotação do feto na pelve materna muito próximos ao real. São controlados através um software de tecnologia *wireless*, podendo ser modificado o comando para um parto com evolução normal ou não, conforme a atuação dos alunos para solução de problemas (SOUZA et al, 2018).

A simulação materno-infantil torna-se ainda mais complexa pelo fato de reproduzir o cuidado a dois públicos diferentes (mulher e neonato). O cuidado ao binômio impõe desafios ao desenvolvimento dos cenários e organização dos alunos submetidos à simulação, pois mãe e bebê devem ser assistidos do início ao fim do cenário. A simulação materno-infantil visa o preparo para que o cuidado seja prestado de forma integral ao binômio (BRASIL, 2017).

Assim compreendemos que existem diferentes tecnologias associadas à simulação e uma ampla aplicabilidade entre elas, mas que não existe um modelo correto ou incorreto, é possível uma combinação de várias técnicas e todos esses aspectos depende do público alvo, dos objetivos educacionais das atividades, e do conhecimento prévio (JONES; PASSO-NETO; BRAGHIROLI, 2015).

A simulação ajuda o aluno a fixar o conteúdo dado em teoria dentro da sala de aula, essa relação teórico-prática permite que o próprio aluno perceba a importância do treinamento para aperfeiçoamento das técnicas pertinentes à assistência que deve ser prestada na profissão (PONCE DE LEON et al, 2018).

## **2.2 A Importância da Validação dos Cenários Utilizados em Simulações Realísticas**

Inicialmente os cenários para simulação eram elaborados por professores e pesquisadores de acordo com o que cada um considerava importante para o ensino em sua instituição. Atualmente observa-se o crescimento nos estudos sobre validação de cenários para simulação realística. Esse método propõe passos metodológicos para a elaboração dos cenários e avaliação por juízes, *experts* no tema abordado no cenário, sobre cada etapa e sobre os instrumentos de avaliação propostos para os alunos submetidos à atividade simulada (PONCE DE LEON et al, 2018).

A primeira etapa é a construção do caso clínico pelos docentes, seguindo alguns passos, como o pensamento prévio sobre o tema, o objetivo e o resultado que deseja que seja alcançado pelo público-alvo na simulação, levantamento das evidências científicas para a elaboração da situação clínica próxima à realidade, avaliação da viabilidade de montar o cenário próximo do ambiente real, todos os recursos humanos e materiais necessários e *checklist* das ações que devem ser executadas e critérios de avaliação para os juízes. Com o cenário montado deve ser fazer a etapa de execução da simulação que fica subdividida em 3 três etapas, a primeira é o *briefing* que é a apresentação do cenário para o público-alvo, objetivo a ser alcançado e materiais disponível para a execução, o tempo em cena para execução e avaliação e o *debriefing* que é o momento após a cena que os alunos expressam como se sentiram, o que acharam do cenário, os pontos positivos da sua execução, o que fariam diferente e o retorno dos juízes para os alunos sobre as habilidades executadas durante a cena (PONCE DE LEON et al, 2018).

Um cenário é considerado válido quando sua elaboração e aplicação se aproxima ao máximo do ambiente real. Os objetivos da validação de cenários incluem a análise do cenário por experts para que se tenha o máximo de realismo possível e a publicação do cenário para que outros pesquisadores, docentes e profissionais possam utilizá-lo. Ao se falar em validação, as técnicas conhecidas são validade de conteúdo e aparência. A avaliação do conteúdo é a análise dos dados obtidos previamente sobre o assunto antes de ser colocado em prática. Quem faz essa avaliação e julgamentos são especialistas na área do tema, que analisam a representividade do conteúdo, além da adequação do conteúdo por meio de sugestões de inclusão, retirada ou alteração de algum item. A avaliação da aparência tem como objetivo saber com quão clareza o público-alvo compreende o cenário, se há facilidade na leitura, se a compreensão na forma de apresentação do cenário. Essa validação acontece na maioria das vezes no *debriefing*, em que se escuta a opinião e sugestões de inclusão, retirada ou alteração de itens também dessa população (ANDRADE, 2016).

Os critérios de seleção dos juízes variam entre os estudos de validação de cenários, porém na maioria das vezes se padroniza por profissionais com especialidade e vivência comprovada na temática da simulação realística. O público-alvo é composto sempre de discentes do curso referente que já tiveram aula teórica da disciplina relacionada ao tema previamente (ANDRADE, 2016).

É importante dizer que as validações dos cenários por meio dos juízes são baseadas em tabelas com *checklist*, entregues previamente a eles, que avaliam cada item por meio de uma escala tipo *likert*, normalmente com as opções: adequado, parcialmente adequado ou

inadequado. Cada pesquisador usa modelos de tabelas com itens diferentes para os juízes, podendo-se avaliar desde a plausibilidade do caso clínico, realismo da cena com relação às evidências científicas, complexidade do cenário em relação ao conhecimento e habilidades dos alunos, objetivos de aprendizagem, entre outros aspectos (PONCE DE LEON et al, 2018).

Diante de todos os aspectos e passos metodológicos para realização da validação de um cenário pode-se afirmar que os cenários validados são mais fiéis à realidade e às evidências científicas, uma vez que além de todo o processo de elaboração do cenário ainda se tem a avaliação dos *experts* na temática abordada. Desta forma, um cenário validado se torna mais seguro ao ensino profissional do que um cenário não validado.

## **2.3 Bases Teóricas para Construção de Cenários sobre Assistência de Enfermagem ao Trabalho de Parto e Parto Vaginal**

### ***2.3.1 Aspectos Fisiológicos do Trabalho de Parto e Parto***

Ao longo da gestação o crescimento uterino ocorre pelos processos de hipertrofia e hiperplasia das fibras musculares, na primeira metade da gestação, e por estiramento do miométrio na segunda metade da gestação. A partir da vigésima semana gestacional é comum a percepção de contrações, denominadas de contrações de Braxton Hicks ou contrações de treinamento. Essas contrações são de origem não fúndica e não são capazes de causar modificações na cérvix uterina (FRANCISCO et al, 2012).

Nas últimas semanas de gestação começa o processo de amadurecimento cervical, que é marcado pela diminuição da concentração total de colágeno, franca resposta inflamatória e aumento de receptores de superfície para ocitocina e prostaglandinas. A diminuição de colágeno ocorre devido a alterações na solubilidade, síntese e degradação do colágeno, o que torna a estrutura do colo uterino mais frágil, aumentando a colagenólise. A resposta inflamatória é caracterizada por aumento na concentração de macrófagos, neutrófilos e eosinófilos, pelo aumento de interleucinas (IL-8) e prostaglandinas (FRANCISCO et al, 2012).

A ativação do mecanismo contrátil uterino de origem fúndica ocorre pela ligação de ocitocina e prostaglandinas aos receptores, porém existem algumas teorias no meio científico acerca do desencadeamento do trabalho de parto em si. Trataremos de quatro teorias nesse texto, elucidadas por Francisco e colaboradores (2012):

- **Teoria Ocitócica:** a ocitocina é um hormônio produzido pelo hipotálamo e armazenado na neuro-hipófise. Entretanto, durante a gestação também ocorre produção pela decídua basal. Na corrente sanguínea a ocitocina é rapidamente inativada pela enzima ocitocinase. Observa-se pico de concentração sérica de ocitocina em torno de 36 semanas de gestação e não ocorre declínio até o parto. Apesar dessa manutenção do pico de ocitocina seu maior efeito durante o processo de parto ocorre em fases mais avançadas como expulsão fetal e dequitação placentária e seu efeito na contratilidade uterina depende da ativação de receptores na presença de produção aumentada de estrógenos e prostaglandinas, portanto a deflagração do trabalho de parto não parece estar relacionada a esse pico de ocitocina nas semanas finais de gestação.
- **Teoria da Gangorra:** essa teoria é pautada na clássica lei de Frank Starling de que o estiramento excessivo da fibra muscular leva à sua contração reflexa. No caso do útero, o crescimento do bebê e da bolsa amniótica levaria ao estiramento miometrial excessivo e este à deflagração das contrações, porém a alta concentração de progesterona mantém o útero refratário a esse mecanismo. Nos seres humanos, não se observa queda na concentração de progesterona antes do trabalho de parto, portanto essa teoria não tem suporte científico.
- **Teoria Prostaglandínica:** essa teoria baseia-se na tese que o aumento da sensibilidade uterina seja decorrente de um incremento na expressão de receptores estimulantes específicos para prostaglandinas. A produção de prostaglandinas se dá pela decídua, miométrio e membranas fetais, principalmente o âmnio. As enzimas COX estão envolvidas na redução/ oxidação do ácido araquidônico, que é precursor das prostaglandinas, e ocorre aumento dessas enzimas nas semanas anteriores ao parto.
- **Teoria Fetal:** essa teoria prevê uma “mensagem” fetal para o determinismo do parto. Foi descrito por Liggins que em ovelhas o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal do feto se relaciona com o trabalho de parto pelo aumento da síntese de estrógeno e consequente diminuição na concentração de progesterona, no entanto em humanos não se observa essa redução de progesterona próximo ao parto e a enzima que medeia essa reação nas ovelhas não está presente na placenta humana. Acredita-se que a participação do feto humano no desencadeamento do trabalho de parto esteja mais relacionada a modificações locais nas membranas do que a uma mensagem fetal propriamente dita.

A deflagração das contrações uterinas dolorosas é um marcador importante para o início do trabalho de parto. Inicialmente elas apresentam-se irregulares e de pouca duração, intensidade e frequência e no decorrer do processo de parto as unidades miométrias organizam a atividade contrátil para efetividade do processo de dilatação cervical e expulsão fetal. Arbitrariamente considera-se como início do trabalho de parto quando a dilatação cervical chega a 3 centímetros para parturientes primigesta e múltíparas e contratilidade uterina é regular, estando a atividade uterina entre 80 e 120 (MONTENEGRO, 2014).

O diagnóstico de trabalho de parto é complexo e pode até ser considerado como subjetivo, pois os aspectos diagnósticos variam entre os autores na literatura. Podem ser considerados os seguintes fatores: contrações dolorosas e rítmicas (mínimo 2 a cada 10 minutos), que se estendem a todo útero e possuem duração de 50 a 60 segundos; formação da bolsa das águas e perda de tampão mucoso (MONTENEGRO, 2014). Para Francisco e colaboradores (2012) o diagnóstico de trabalho de parto está condicionado à ocorrência de contrações uterinas ritmadas, combinadas a progressivas modificações do colo uterino (apagamento e dilatação) e à formação da bolsa das águas.

Durante a gravidez temos o conhecido trabalho de parto falso, que nada mais é do que as contrações de Braxton Hicks, nada mais é do que contrações sentidas pelas puérperas similares as da fase de início do trabalho de parto, porém alguns aspectos diferem o trabalho de parto verdadeiro, pois as contrações são regulares, aumentam a intensidade e diminuem o intervalo de tempo entre uma e outra (FÉLIX et al, 2019).

O desfecho de um parto vaginal sem complicações não depende somente do padrão contrátil uterino. O feto, chamado de objeto, e a pelve materna, chamada de trajeto, são fatores que interferem na progressão do trabalho de parto e parto. Ao longo do processo de parto o feto, impulsionado pelas contrações uterinas, executa algumas mudanças de posição para vencer os estreitos da pelve materna. Esses movimentos são conhecidos no meio científico como tempos do mecanismo de parto e foram divididos didaticamente em três tempos (MONTENEGRO, 2014):

- **Insinuação:** é a passagem da maior circunferência da apresentação fetal através do anel do estreito superior da pelve materna. A insinuação é precedida pela redução dos diâmetros fetais, sendo a flexão da cabeça na apresentação cefálica ou o aconchego dos membros inferiores e desdobramento destes para cima, na apresentação pélvica. Ao final do processo de insinuação o ponto mais baixo da apresentação fetal encontra-se na altura do ponto zero do Plano de DeLee.

- **Descida:** esse processo ocorre desde o início do trabalho de parto e só termina com a expulsão fetal. O movimento da cabeça do feto é turbinal nesse processo, ou seja, a medida que ocorre a rotação interna o feto vai progredindo em direção ao canal vaginal. O feto é impulsionado pelas contrações uterinas e vai se acomodando na pelve materna devido às diferentes pressões sofridas pelas estruturas da pelve.
- **Desprendimento:** após a rotação interna a região occipital do feto coloca-se sob a arcada púbica e a sutura sagital orienta-se no sentido anteroposterior. Devido à curvatura inferior do canal vaginal o desprendimento fetal se dá pelo movimento de deflexão da cabeça fetal. Imediatamente após a expulsão da cabeça ocorre uma ligeira flexão pelo próprio peso da cabeça e esta estimula a ocorrência da rotação externa, para alinhamento dos ombros do bebê à fenda vulvar, e posterior expulsão do corpo do feto.

A evolução do trabalho de parto e parto foi didaticamente dividida em quatro fases, denominadas de períodos clínicos do parto. Essa classificação facilita o estudo da fisiologia e da assistência de enfermagem ao longo do processo de parto. O primeiro período clínico denomina-se dilatação cervical e é subdividido em fase latente e fase ativa. A fase latente é caracterizada por contrações dolorosas e rítmicas e dilatação cervical de evolução mais lenta até 5 centímetros. A fase ativa é caracterizada por contrações dolorosas e rítmicas e dilatação cervical de evolução mais rápida de 5 centímetros até a dilatação completa do colo uterino (10 centímetros) (WHO, 2018). Concomitantemente à dilatação cervical ocorre o processo de apagamento do colo uterino que consiste no afinamento até completo desaparecimento da cérvice uterina enquanto estrutura anatômica, sendo esta incorporada à cavidade uterina. A medida que o trabalho de parto evolui as contrações aumentam em duração, intensidade e frequência (MONTENEGRO, 2014).

A duração do período de dilatação é variável entre as mulheres. Para a fase latente a Organização Mundial da Saúde (OMS) não estabeleceu um período esperado, mas recomenda a orientação da mulher que esta fase pode ser demorada e que varia a cada parturiente, devido à dilatação cervical lenta e variações na responsividade de cada mulher. Entretanto, a fase ativa geralmente não se estende além de 12 horas em primigestas e 10 horas em múltiparas. A taxa de dilatação cervical de um centímetro por hora prevista no partograma vem sendo considerada como um marcador impreciso nos estudos mais recentes, não devendo este fator ser o único considerado para se empregar condutas para correção ou aceleração do processo de parto. A dilatação depende de características individuais do organismo de cada mulher (WHO, 2018).

O segundo período clínico do trabalho de parto é a fase de expulsão. Este período é compreendido entre a dilatação completa do colo uterino (10 centímetros) e a expulsão do feto. Esta fase é caracterizada pela movimentação do feto ao longo do canal vaginal e sua pressão contra as paredes vaginais estimulam o reflexo involuntário de compressão do canal vaginal para expulsão fetal. Segundo a OMS a duração dessa fase é variável, e as parturientes devem ser informadas sobre isso, porém geralmente dura até 3 horas nas primigestas e até 2 horas nas múltiparas. A duração da expulsão também pode ser influenciada pela posição da parturiente, uma vez que uma posição confortável favorece o controle da prensa pélvica e acelera a expulsão fetal. As posições mais verticalizadas são as mais recomendadas para esse período por favorecerem pelo emprego da força da gravidade no mesmo sentido da força contrátil e da prensa pélvica (WHO, 2018; MONTENEGRO, 2014).

O terceiro período clínico do trabalho de parto é marcado pela dequitação placentária. Inicia-se após a expulsão fetal e encerra-se com a expulsão placentária. Envolve três processos: descolamento, descida e expulsão da placenta. O descolamento decorre da retração do miométrio após a expulsão fetal e conseqüentemente de suas contrações. A superfície interna do útero fica diminuída pelo processo de preeamento da zona de inserção placentária, provocando o descolamento da placenta. Após o descolamento ocorre a descida da placenta ao segmento inferior do útero e posteriormente em direção à cérvix uterina até cair no fundo do canal vaginal. Ao chegar no canal a placenta provoca uma nova sensação de puxo na mulher e em conseqüência a estes puxos ela é expulsa (MONTENEGRO, 2014).

O quarto período clínico do trabalho de parto, também denominado de período de Greenberg, é o período da primeira hora após a expulsão da placenta, nesse momento os desconfortos dolorosos já estão menos intensos. Este período requer atenção pelo risco iminente de hemorragia. A fisiologia desse estágio compreende quatro processos: a miotamponagem que ocorre imediatamente após a expulsão da placenta e consiste na contração uterina na altura média entre o púbis e o umbigo como primeira linha de defesa contra hemorragia; a trombotamponagem trata-se da formação de trombos nos grandes vasos uteroplacentários, constituindo o hematoma uterino que recobre a ferida placentária. Essa constitui a segunda linha de defesa contra hemorragia; a indiferença miouterina é um processo em que o útero torna-se apático e apresenta períodos de contração e relaxamento, com o perigo de encher de sangue; e a contração uterina fixa, que forma o globo de segurança de Pinard. Alguns fatores como maior paridade, maior duração dos primeiros três estágios do parto, partos excessivamente rápidos, polidrâmio, macrosomia fetal e gravidez múltipla podem prolongar esse processo; a contração uterina fixa é a formação do globo de segurança

de Pinard, que geralmente ocorre uma hora após o parto e se mantém, garantindo controle sobre o sangramento uterino (MONTENEGRO, 2014).

Durante esta fase pode-se usar uterotônicos para a prevenção de hemorragias pós-parto, a droga recomendada pela OMS é a ocitocina, porém onde a droga não estiver disponível usa-se outros uterotônicos injetáveis ou misoprostol oral de 600 mg (WHO, 2018).

### ***2.3.2 Assistência de Enfermagem com Base em Evidências Científicas***

A assistência de enfermagem durante o trabalho de parto foi modificando ao longo da história. Antes do surgimento das Escolas de Enfermagem o parto era considerado um ritual de mulheres assistido pelas parteiras, mulheres da comunidade que possuíam saberes empíricos aprendidos com suas antepassadas. Nesse período histórico também não havia a especialização em obstetrícia nos cursos de medicina, sendo acionados cirurgiões para intervir em casos de mortes maternas para se tentar salvar a vida do bebê (PONTES et al, 2014).

A partir, do século XIX, os cursos de medicina e de enfermagem passaram a se estruturar na área obstétrica e observa-se em diversos países disputas de classes entre as parteiras, enfermeiras e médicos. No início do século XX as mulheres começaram a aceitar melhor o atendimento prestado pelos médicos e no Brasil, o hospital como local seguro para o parto passou a ser indicado pela literatura médica, com maior ênfase, a partir de 1930 (PONTES et al, 2014; LEISTER; RIESCO, 2013).

A partir do momento em que os partos começaram a acontecer majoritariamente nos hospitais os processos de trabalho e organização das maternidades seguiram a lógica industrial, com organização, em linha de montagem, em que a parturiente ocupava diferentes espaços a cada procedimento e era atendida por diversas pessoas ao longo do processo, cada um exercendo sua função específica. A assistência passou então a ser mecanizada e impessoal, desconsiderando as especificidades de cada mulher e sua família (LEISTER; RIESCO, 2013).

Durante essa transição a enfermagem afastou-se da assistência direta ao trabalho de parto e parto, assumindo outras atividades como o gerenciamento das equipes e unidades hospitalares em que trabalham. Há algumas décadas observa-se uma luta da classe e empenho por parte do governo federal do Brasil para retomada da atuação de enfermeiros(as) obstetras junto às gestantes, parturientes, puérperas e seus recém-nascidos.

A Lei nº 7.498/86, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, ampara não somente a atuação de enfermeiros(as) mas também a atuação de parteiros(as) e obstetras. Segundo a Lei compete aos enfermeiros(as), como integrantes da equipe de saúde,

assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera; acompanhamento da evolução do trabalho de parto e parto; e execução do parto sem distócia. Compete aos enfermeiros(as) obstetras e obstetras ainda assistência à parturiente e parto normal; identificação das distócias obstétricas e tomada de decisões até a chegada do médico; e realização de episiotomia, episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessário (COFEN, 1986).

A partir desse novo modelo assistencial, centrado no profissional, houve a criação de instrumentos e procedimentos aplicados durante o trabalho de parto e parto. Alguns para maior conforto do profissional como a posição litotômica no período expulsivo e outros para aceleração/ padronização do processo de parto como o uso rotineiro de ocitocina sintética (PALAZZO; GATTO, 2000).

Durante muitas décadas a prática foi marcada pelo emprego rotineiro de procedimentos como tricotomia, enema, jejum durante todo o processo de parto, administração de soluções parenterais e ocitocina sintética, parto em posição litotômica, entre outros. Desde a década de 1990 a OMS vem criticando o emprego dessas práticas de forma rotineira e recentemente publicou um documento com as evidências científicas atualizadas para estimular a prática baseada em evidências na atenção obstétrica (WHO, 2018). No entanto sabe-se que muitas instituições ainda não prestam o cuidado pautado nessas evidências mais recentes, mantendo a lógica de cuidado impessoal com exposição das mulheres e seus bebês a procedimentos desnecessários e seus efeitos.

A pesquisa Nascer no Brasil (inquérito nacional de base hospitalar) evidenciou que, em uma amostra de parturientes com risco obstétrico habitual (baixo risco), procedimentos não recomendados ou que devem ser empregados de forma criteriosa, segundo a OMS, ainda são realizados com frequência, a saber: a cateterização venosa periférica foi realizada em 73,8%, o uso de ocitocina sintética ocorreu em 38,2%, a amniotomia foi realizada em 40,7%, parto em posição litotômica ocorreu em 91,7%, a manobra de Kristeler foi realizada em 37,3% e a taxa de episiotomia foi de 56,1%. Entretanto práticas que a OMS estimula apresentaram baixa frequência na mesma amostra, a saber: apenas 25,6% receberam alimentação durante o trabalho de parto, 46,3% puderam movimentar-se, apenas 28% tiveram acesso aos métodos não farmacológicos para alívio da dor e 44,2% das parturientes de risco habitual foram acompanhadas pelo partograma (LEAL et al, 2014).

O acompanhamento do trabalho de parto fisiológico não requer o emprego de tecnologias de alto custo nem de práticas invasivas. No primeiro estágio é importante manter a vigilância sobre o bem-estar materno-fetal e apoio para controle emocional da parturiente e seu acompanhante. Para avaliação do bem-estar materno-fetal verifica-se os sinais vitais e

sensorio da parturiente, avalia-se a dinâmica uterina, ausculta-se os batimentos cardíacos fetais (BCFs), observa-se as perdas vaginais e avalia-se a intensidade da dor. O controle emocional da puérpera é importante ao longo do processo devido à competição entre adrenalina e ocitocina, o que pode comprometer a dinâmica uterina e prolongar o trabalho de parto. Além disso, estudos apontam que quando a parturiente mantém controle emocional a percepção de dor é menor (DIAS; VIEIRA, 2019).

Na chegada da parturiente ao serviço de saúde a enfermagem costuma fazer uma avaliação composta por uma entrevista acerca da evolução da gestação e seu estado atual e de exame físico completo para avaliação de bem-estar materno-fetal. É importante não subestimar a dor da paciente, pois o trabalho de parto é um processo doloroso com intensidade variada e percepção subjetividade mulher para mulher (SANTOS; OKAZAKI, 2012). A OMS recomenda adiar a internação hospitalar de parturientes até que apresentem pelo menos 4 centímetros de dilatação cervical, pois a internação precoce está associada a trabalho de parto prolongado e experiências insatisfatórias de trabalho de parto e parto (WHO, 2018).

Quanto ao manejo da dor deve se preconizar condutas humanizadas defendida pela OMS, como a permanência do acompanhante durante esse período e encorajar o mesmo e a parturiente a participarem ativamente desta fase. O emprego de técnicas não farmacológicas para alívio da dor não possui contraindicações e pode ser realizado pela enfermagem. Pode-se estimular a deambulação, exercícios de respiração durante a contração e relaxamento nos intervalos, realização de massagem principalmente na região sacrolombar, hidroterapia com banhos de imersão ou aspensão, uso da bola suíça ou cavalinho, encorajar a mulher a buscar posições confortáveis para adotar durante as contrações e intervalos, oferecimento de dieta oral já que há um gasto energético elevado e não se pode prever a duração do trabalho de parto (SILVA et al, 2011; BARROS, 2009; WHO,2018).

A realização de massagem na sacrolombar durante o trabalho de parto já é considerado um método efetivo para o alívio de dor, pois os impulsos nervosos enviados ao cérebro com a massagem competem pelos mesmos receptores de dor, sendo assim diminui a intensidade da dor. A hidroterapia também é um método não-invasivo de controle de dor, e tem vários efeitos benéficos, é utilizado a água de morna para quente, que durante a dilatação induz o relaxamento, libera endorfina diminuindo a ansiedade, além disso melhora a irrigação uterina e encurta o período de dilatação. Pode ser utilizado o banho de aspensão e imersão, ambos têm a mesma finalidade de diminuição de dor, porem a aspensão não tem limite de tempo, mas pode acarretar uma queda da pressão, já o banho de imersão é indicado quando a

dilatação está entre 5 e 6 cm para que não haja desaceleração do trabalho de parto e nem esgotamento (DAVIM et al, 2008).

A deambulação durante o parto também é uma medida adotada como método não farmacológico para controle de dor durante o parto, isto acontece por causa de benefícios fisiológicos que esta prática traz para a puérpera, como aumento da atividade uterina. Além disso, tira o foco da paciente da dor, melhora o fluxo sanguíneo útero-placentário, além da liberdade de escolha de posição promover mais conforto e sensação de controle da mulher sobre seu trabalho de parto. Outro benefício evidente ao adotar essa conduta é a diminuição do tempo do parto (MAMEDE et al, 2004; WHO,2018).

O uso da bola suíça permite a adoção da posição vertical, sentada e com um discreto balanço pélvico, o que faz com que trabalhem os músculos do assoalho pélvico. Proporciona à parturiente liberdade de movimento e uma participação mais ativa do seu parto. Os exercícios perineais realizados com a bola permitem melhor encaixe e facilitam a descida e a rotação da apresentação fetal. Estudos trazem como outros benefícios desse método uma melhora na circulação sanguínea uterina, tornando as concentrações mais eficazes, auxiliando na dilatação cervical (BARBIERI et al, 2013).

Sabe-se que a dor é um processo fisiológico durante o trabalho de parto e parto, porém a ansiedade e o estresse causam uma diminuição no limiar de tolerância a dor, deste modo as técnicas de respiração durante o trabalho de parto fazem com que a parturiente relaxe diminuindo a intensidade da dor e mudando o foco central da dor para o controle da respiração, as técnicas utilizadas são diferentes em cada fase do parto, sendo elas, as seguintes (ALMEIDA et al, 2005 p.54):

- Fase Latente: respiração total (respiração tóraco-abdominal lenta, com inspiração e expiração profundas, num ritmo natural);
- Fase Ativa: respiração torácica lenta (respiração lenta, com inspiração e expiração profundas e longas, num ritmo natural, direcionando a respiração para a região torácica);
- Fase de transição: respiração de pressão sem execução de força de pressão abdominal (respiração lenta, com inspiração profunda sustentada por maior tempo durante o puxo contrátil, a fim de manter o diafragma exercendo força sobre o útero, seguido de expiração longa);
- Período expulsivo: respiração de pressão com execução de força abdominal (contração da musculatura estriada) no momento dos puxos;
- Técnica de relaxamento: soltura de toda a musculatura corporal associada à respiração total, nos intervalos das contrações uterinas.

Em 1994, em uma recomendação da OMS por meio de um projeto denominado de Maternidade Segura surge o princípio da presença de um acompanhante de escolha da parturiente durante o processo do trabalho de parto, a fim de humanizar ainda mais a

assistência prestada neste momento, mesmo sendo uma recomendação era visível que esta recomendação não era aplicada no cotidiano de muitas instituições Brasileiras. Desta forma em 2005, foi promulgada Lei nº 11.108 que assegura o direito da parturiente a presença do acompanhante de sua escolha neste momento (TELES et al, 2010).

Sabemos que para um bom desenvolvimento do parto dependemos de um bom estado físico e emocional da mulher, é importante ressaltar que se tem uma melhora nesses aspectos quando há presença de acompanhante, obtendo resultados como redução das variáveis de “duração do trabalho de parto” e “uso de analgesia/medicamentos para alívio de dor”. Isso acontece como respostas de atividades oferecidas pelo acompanhante para as parturientes como o apoio emocional através do encorajamento para deambulação e também no período expulsivo, além do auxílio em atividades como ir ao banheiro, escolher posição não supinas, tomar banhos mornos, que ajudam positivamente no trabalho de parto e que muitas das vezes não são feitas pela parturiente por conta do medo, dor e insegurança (TELES et al, 2010).

Desde os anos 1990 a OMS recomenda a utilização de partograma para o acompanhamento do trabalho de parto, com intuito de melhorar a assistência e reduzir morbidade e mortalidade materna fetal, neste documento permite diagnosticar, documentar e acompanhar todo processo do parto, facilitando detecção precoce de distócias, indicação e tomada de condutas apropriadas. O partograma é uma representação gráfica do desenvolvimento do trabalho de parto que contém informações referente a dilatação cervical e a descida, em relação ao tempo, outras informações encontradas são batimentos cardíacos fetais, horário da ruptura das membranas, dinâmica uterina, fármacos administrados, frequência cardíaca materna, temperatura corporal materna e parâmetros urinários (ROCHA et al, 2008; WHO, 2018).

Após um estudo realizado na África Central, introduziu-se ao partograma mais duas linhas denominadas linha de alerta e linha de ação, que tinham como finalidade auxiliar nos partos domiciliar a visualização de partos disfuncionais para que se encaminhasse a parturiente ao hospital. A linha de alerta era uma linha reta, que auxiliava a linha de dilatação cervical, quando as duas se encontravam, significava a necessidade do encaminhamento da parturiente para o hospital, Já a linha de ação, é uma linha paralela a de alerta com um intervalo de 4 horas que era o tempo de transporte da paciente para unidade de atendimento (VASCONCELOS et al, 2013).

Cabe salientar que a administração de ocitocina sintética pode ser feita pela enfermagem mediante prescrição médica, porém não deve ser prescrita pelo enfermeiro. Quando a enfermagem acompanha uma parturiente e observa desvio no partograma com

identificação de parada de progressão por exemplo deve comunicar a equipe médica para correção do partograma. A OMS salienta que intervenções não devem ser realizadas afim de corrigir trabalho de parto prolongado baseando-se apenas na duração do trabalho de parto, uma vez que o diagnóstico de trabalho de parto é difícil e a evolução é variável entre as mulheres (WHO, 2018).

A monitorização fetal intraparto é um fator muito importante para o controle do bem-estar fetal, feita de maneira correta evita sofrimentos fetais e intervenções operatórias inapropriadas. Existem diferentes métodos para a motorização fetal, porém os mais utilizados são a ausculta fetal intermitente e o monitoramento fetal constante. Os parâmetros de normalidade dos BCFs estão entre 110 e 160bpm, considera-se taquicardia quando detecta-se BCFs acima de 160bpm durante 10 minutos ou mais, e bradicardia quando estes batimentos caem para 110bpm por 10 minutos ou mais (SANTO, 2016).

A ausculta fetal intermitente feita com sonar ou um estetoscópio fetal Pinard é um método utilizado e recomendado pela OMS em 2018 para gestações de baixo risco, em que se realiza ausculta 30s após a contração durante 60s, e repete-se essa ausculta ao longo do trabalho de parto e parto sendo de 15-15min durante a fase ativa, e 5 em 5 minutos durante o período expulsivo (SANTO, 2016; WHO, 2018).

A monitorização fetal constante ou cardiografia é realizada por meio de dois transdutores no abdômen da parturiente, onde um é posicionado na região que se localiza o dorso do feto e mede BCFs, e o segundo transdutor posicionado no fundo uterino da parturiente e registra as contrações uterinas. Os registros de BCFs e contrações uterinas são emitidos pelo aparelho em um papel por meio de um traçado (SANTO, 2016).

Em comparação a efetividade das duas tecnologias utilizadas para o monitoramento fetal intraparto, defende-se a maior efetividade da ausculta fetal intermitente pela qualidade de independer da posição da parturiente, já o monitoramento fetal contínuo restringe a movimentação da parturiente no momento que está sendo utilizado e pode-se levantar falsos positivos de sofrimento fetal em caso de movimentação e deslocamento dos eletrodos, outra questão, e que a assistência prestada a parturiente depende da interpretação do traçado, e essa interpretação pode variar a cada profissional (WHO, 1996). Segundo a OMS o emprego contínuo de cardiotocografia está associado ao aumento da incidência de cesáreas pela falsa detecção de sofrimento fetal devido à variabilidade nos BCFs (WHO, 2018).

Na recomendação sobre cuidado intraparto para uma experiência positiva de parto, publicado pela OMS em 2018, fala-se sobre o manejo de dor de forma farmacológica quando necessário deve-se utilizar quando preferido pela parturiente anestesia peridural durante o

trabalho de parto, e durante o parto pode-se utilizar opioides parenterais como analgésicos, exemplos fentanil, diamorfina e petidina (WHO, 2018).

É recomendado pela OMS a liberação de hidratação e dieta oral para gestante de baixo risco, essa alimentação durante o trabalho de parto tem como principal objetivo o fornecimento de energia ao organismo para a diminuição do cansaço, pois sabe-se que o consumo energético durante o trabalho de parto é idêntico a uma prática de exercício físico intenso, além disso também causa na parturiente uma sensação de conforto como diminui o estresse e a intensidade da dor e promovendo um bem-estar (ROCHA, 2018; WHO, 2018).

A assistência durante o segundo estágio do parto deve ser ajustada a cada parturiente, devendo-se encorajar a mesma a livre escolha de posição, informando que as posições verticais são mais benéficas que as litotômicas em relação a intensidade de dor e duração do período de expulsão. Outro cuidado importante é o apoio emocional prestado à parturiente nesse momento e encorajamento. Os puxos dirigidos não são recomendados pela OMS, devendo a parturiente empurrar o bebê apenas quando sentir a percepção do puxo. Não é recomendada a orientação da manobra de valsava (BARROS, 2009).

Uma das mudanças mais emblemáticas na cena do parto associada ao movimento de institucionalização do parto, está relacionada a posição da parturiente. A adoção da posição litotômica como posição mais comum ocorreu a partir dos anos 1930 aproximadamente devido a melhor visualização e acesso do médico durante o parto, bem como permitir a condução ativa do parto por ele. O que ocasionou o protagonismo médico em detrimento do protagonismo da mulher no processo de parto. A litotomia dificulta o trabalho de parto devido à força das contrações e dos puxos maternos terem direção perpendicular à força da gravidade. Devido à dificuldade de expulsão fetal a litotomia impõe a necessidade de outras intervenções como o uso de ocitocina para intensificar as contrações, o que aumenta a sensação de dor e vem a justificar a necessidade de anestesia no trabalho de parto e parto. Além disso, a difícil expulsão fetal aumenta a duração do período expulsivo levando o médico a realizar manobra de Kristeller e episiotomia ou mesmo a utilizar o fórceps para abreviar o período (PONTES, 2014).

Estudo identificou que a liberdade de escolha da posição de parto foi fator de proteção ( $p=0,0062$ ) em relação à outras questões relacionadas ao protagonismo da mulher, por exemplo, consentimento para realização de episiotomia ( $p=0,0152$ ). O estudo esclarece que esse achado carece de novos estudos, porém reforçam que a liberdade de escolha de posição possivelmente permita melhor controle da parturiente sobre o puxo e promova uma experiência de parto mais positiva (SCHARDOSIM, 2018).

No manual mais recente da OMS sobre assistência ao parto, algumas recomendações são feitas sobre os cuidados intraparto para que a parturiente tenha uma experiência mais positiva. No período expulsivo, mais especificamente no momento do desprendimento da cabeça fetal, algumas técnicas são recomendadas para reduzir o trauma perineal e facilitar o parto espontâneo. Evidências sugerem que as massagens perineais possam aumentar as chances de períneo íntegro. As compressas quentes reduzem a ocorrência de lacerações perineais de terceiro e quarto graus. A técnica de “*hands on*” que consiste em controlar a deflexão da cabeça e orientar a mulher a não empurrar neste momento provavelmente reduza lacerações de primeiro grau. Apesar de recomendadas a OMS salienta que o emprego dessas técnicas dependerá do desejo da parturiente e avaliação do profissional que a acompanha (WHO, 2018).

Ainda no segundo estágio, logo após o nascimento, deve-se promover o contato parturiente com seu bebê. O bebê é colocado sobre o abdome materno assim que nasce, se não houver necessidade de manobras de reanimação neonatal, enquanto espera-se o cordão umbilical parar de pulsar para realização de pinçamento e secção, a aproximadamente 3 cm da sua inserção cordão no recém-nascido. É cuidado atribuído a quem realiza a recepção do RN analisar se o cordão umbilical tem duas artérias e uma veia. Salienta-se que o clampeamento oportuno do cordão umbilical reduz o risco de anemia nos primeiros 6 meses de vida e mantém a oxigenação adequada ao RN nos primeiros minutos de vida (BARROS, 2009; WHO, 2018).

O contato pele a pele deve ser feito e estimulado imediatamente após o parto por mãe e filho saudáveis, deve ser contínuo e prolongado, este contato imediato acalma o bebê e a mãe e provoca uma sintonia única proporcionada apenas por este momento; auxilia também na estabilização sanguínea, batimentos cardíacos e respiração do bebê, reduz o choro e o estresse do recém-nascido proporcionando uma menor perda de energia e mantém a temperatura através do calor transmitido pela mãe. A amamentação é um desses contatos pele a pele que se destaca como benefício, além de estimular o laço entre mãe e filho, também estimula e torna a sucção eficiente, aumenta a prevalência e prolongação da lactação (MATOS et al, 2010).

A assistência de enfermagem no terceiro estágio visa a dequitação completa da placenta e manejo para prevenção de hemorragia materna. As condutas empregadas nesse período são a massagem uterina realizada pelo profissional que assistiu o parto, podendo ser médico(a) ou enfermeiro(a), com objetivo de estimular a contração dos vasos sanguíneos do uterinos e descolar a placenta. Após a dequitação realiza-se a inspeção da placenta, para

verificar a sua integridade, com objetivo de assegurar que todas as partes estejam presentes, pois caso persista qualquer pedaço aderido à parede uterina aumenta o risco de hemorragia e infecção pós-parto, porque o fragmento impede a formação da contração uterina fixa que fará a hemostasia da ferida placentária (RICCI, 2008).

Também nesse período são cuidados de enfermagem vigiar o sensório da puérpera, aferir os sinais vitais completos com atenção especial à pressão arterial e frequência cardíaca na busca de sinais de hipovolemia. Manter o RN sugando seio materno aumenta a ocitocina endógena auxiliando nos mecanismos contráteis uterinos. Outros cuidados de enfermagem ainda aplicados nesse período são: adequada higiene perineal com observância aos lóquios e aplicação de gelo no períneo para redução de edema vulvar, se necessário (SANTOS; RAMOS, 2012).

A assistência iniciada no terceiro período mantém-se no quarto período com atenção aos sinais vitais da mulher e à recuperação inicial do trabalho de parto e parto. Esse é um período de instrução materna, onde o profissional comenta sobre a importância do aleitamento materno em livre demanda até 6 meses de vida da criança e auxilia na primeira mamada, corrigindo problemas relacionados à pega do bebê ao seio. Outras orientações fornecidas pela enfermagem incluem a importância da alimentação e ingestão hídrica no puerpério, suplementação de ferro até 12 semanas pós-parto, cuidados com higiene perineal e instruções sobre a observação aos sinais de infecção puerperal como febre, evolução anormal da loquiação e sinais flogísticos na sutura perineal, quando houver (RICCI, 2008; BARROS, 2009).

No quarto período o exame físico puerperal avalia as mamas com atenção à simetria, tipo de mamilos e sua integridade e presença de colostro; palpação abdominal e uterina que é avaliada geralmente a cada 15 minutos durante pelo menos uma hora, verificação e orientação sobre o sangramento vaginal nesse período (lóquios), quanto à coloração que deve ser vermelho com presenças de pequenos coágulos e de intensidade moderada. A monitoração materna continua é importante para evitar possíveis hemorragias, distensão vesical e trombose venoso (RICCI, 2008; BARROS, 2009).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Elaborar e validar dois cenários sobre assistência de enfermagem ao trabalho de parto e parto vaginal para utilização em simulação realística no curso de graduação em enfermagem.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Elaborar os casos clínicos, cenários e instrumentos de avaliação específicos, baseados em evidências científicas e na realidade vivenciada pelos estudantes e docentes.
- Submeter o material produzido à avaliação de *experts* na área de enfermagem obstétrica, conforme método descrito neste projeto.

## 4 MATERIAIS E MÉTODOS

### 4.1 Delineamento

Consiste em um estudo metodológico, que seguiu os pressupostos metodológicos e etapas propostas por Guilbert e Adamson (2016) a partir de recomendações da *International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning* (INACSL):

**Etapa 1 - Overview:** Etapa em que se faz uma reflexão sobre questões que embasaram a elaboração dos cenários, bem como elenca-se as necessidades organizacionais, do educador e de aprendizagem dos alunos, por exemplo as habilidades e/ou competências a serem trabalhadas na execução dos cenários simulados (APÊNDICE A).

**Etapa 2 - Scenario:** Etapa em que se faz a elaboração do cenário a partir de uma base teórica sólida, desenvolvendo o caso clínico relevante e pensando sobre um ambiente próximo à realidade (APÊNDICE A).

**Etapa 3 – Scenario Design Progression:** Etapa de elaboração do plano de eventos da simulação, ou seja, papéis/ atores, *scripts*, e quando aplicável decisão sobre quais manequim/simulador serão utilizados, bem como sua configuração. Ao final se verifica se todos os passos condizem ao nível de aprendizado e objetivos propostos na etapa 1 (APÊNDICE A).

**Etapa 4 – Debriefing:** No ensino esta etapa é um elemento central na simulação e inclui uma discussão centrada no aluno para melhoria da aprendizagem. No processo de construção e validação dos cenários, neste momento, foram pensados qual o melhor instrumento e pontos de discussão para o caso a ser validado e elaborou-se um *check list* para validação junto ao corpo de juízes no dia da validação do cenário (APÊNDICE B).

**Etapa 5 – Assessment:** Etapa em que ocorre a avaliação pelos juízes de todos os documentos produzidos ao longo das etapas anteriores, a partir da observação da simulação dos casos criados. Para tal foi elaborado um instrumento de avaliação (APÊNDICE C).

### 4.2 Local de Estudo

O projeto foi desenvolvido no Laboratório de Habilidades e Simulação do Cuidado (LHSC), da Universidade de Brasília – Faculdade Ceilândia. O laboratório possui três

ambientes para desenvolvimento de atividades simuladas de baixa, média e alta complexidade e fidelidade. O local dispõe de materiais hospitalares (luvas, seringas, soluções venosas, etc), manequins e simuladores de baixa, média e alta fidelidade e mobiliário compatível com unidades de saúde.

### **4.3 Participantes**

Foram necessários colaboradores para atuarem como atores no cenário simulado, como alunos em execução da simulação realística e ainda profissionais voluntários para atuarem como juízes. Realizou-se uma reunião separadamente com os atores e alunos voluntários que atuaram nas situações fictícias, previamente à simulação. Houve uma conversa com os juízes sobre sua atuação no estudo, com o objetivo de deixá-los familiarizados com o processo de validação de cenários para simulação evitando alguns comentários sobre o desempenho dos estudantes durante a demonstração da simulação

Os atores dos cenários e alunos em execução da simulação foram discentes do curso de enfermagem que aceitaram participar voluntariamente da atividade simulada para demonstração do cenário aos juízes.

Os juízes foram profissionais com conhecimento sobre os conteúdos e situações clínicas trabalhados nos cenários simulados (professores e enfermeiros) selecionados pelo Sistema de Pontuação para Seleção de Juízes adaptado a partir de Góes et al. (2014), considerando titulação, experiência profissional, área de ensino, desenvolvimento/ orientação de pesquisas e publicações (GÓES et al, 2014; PONCE DE LEON et al, 2018).

A validação do cenário denominado “Assistência de Enfermagem durante o Trabalho de Parto” incluiu 9 participantes, sendo 3 atores, 2 alunos submetidos à simulação realística e 4 juízes. Já no cenário “Assistência de Enfermagem ao Parto Vaginal Humanizado” necessitou-se incluir 10 participantes, sendo 4 atores, 2 alunos submetidos à simulação realística e 4 juízes. Salienta-se que os juízes foram os mesmos em ambos os cenários, portanto a amostra total de participantes do estudo foi de 15 sujeitos.

### **4.4 Critérios de Inclusão**

Foram considerados critérios de inclusão para os alunos que participaram da simulação ter sido aprovado ou estar cursando a disciplina Cuidado Integral à Saúde da

Mulher e da Criança do curso de graduação em enfermagem da Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia.

Para a seleção dos juízes, foi utilizado o Sistema de Pontuação para seleção de juízes, adaptado a partir de Góes et al. (GÓES et al, 2014), sendo admitidos como juízes profissionais que obtinham no mínimo 4 pontos (APÊNDICE D).

#### **4.5 Critérios de Exclusão**

Para os alunos não houve critérios de exclusão. Para os juízes foi considerado como critério de exclusão os profissionais estarem em cargos que não permitissem sua atuação clínica diretamente aos pacientes em seu local de trabalho há 2 anos ou mais, por se entender que atualizações científicas recentes podem não ser de conhecimento do profissional, prejudicando sua avaliação do cenário simulado demonstrado.

#### **4.6 Riscos e Benefícios**

A participação de todos os voluntários não acarretou custos, exceto custos de deslocamento, e lhes foi garantido o sigilo sobre suas identidades. A aprovação na disciplina Cuidado Integral à Saúde da Mulher e da Criança como critério de inclusão para participação de alunos excluiu a possibilidade do aluno se sentir obrigado à participar da pesquisa, uma vez que sua relação com as docentes implicadas no projeto não possuía mais relação aluno-professor vinculada ao ensino do mesmo. Para os alunos que estavam cursando a disciplina a participação no estudo foi oferecida como um bônus, uma vez que, ocorreu na semana anterior às atividades avaliativas simuladas na disciplina e condiz com estas atividades. Desta forma os voluntários encaram a validação do cenário como um treino para sua avaliação.

Quanto aos benefícios deste estudo, entende-se que a participação tanto de alunos quanto dos profissionais na execução do cenário, proporcionou um momento de reforçar seus conhecimentos sobre a temática abordada, assim como troca de experiências acerca das situações clínicas anteriormente vivenciadas em comparação com a situação clínica simulada, enriquecendo o cenário em processo de validação e, posteriormente, o ensino em enfermagem materno-infantil.

#### **4.7 Coleta de Dados**

A realização da coleta de dados ocorreu em 21 de novembro de 2019, no LHSC, por meio da observação da simulação realística com encenação dos cenários elaborados pelas pesquisadoras. No momento do convite aos juízes para participação no estudo foi enviado um formulário para preenchimento de dados pessoais e dados profissionais que foram utilizados para pontuação e elaboração de um perfil dos juízes (APÊNDICE D). Durante a observação do cenário os juízes preencheram instrumentos com a finalidade de avaliação sobre a elaboração do cenário contendo cada informação sobre cada etapa de planejamento, descrição do caso clínico, exposição dos objetivos esperados com a realização da atividade simulada, lista de materiais necessários para montagem do cenário e *checklist* do cenário para *feedback* do professor sobre o desempenho dos alunos inseridos (BAJAJ et al, 2016; GUILBERT; ADAMSON, 2016; WAXMAN, 2010). A coleta de dados aconteceu conforme as etapas expostas abaixo.

Para assegurar que nenhuma informação fosse perdida optou-se pela a filmagem (áudio e vídeo) do cenário, do *debriefing* e dos comentários dos juízes. Esses vídeos foram acessados pelas pesquisadoras no momento da análise de dados, evitando assim que o viés de memória afetasse a elaboração do trabalho escrito final.

#### ***4.7.1 Divulgação em Meio Eletrônico***

A chamada para participação neste projeto (como ator ou aluno inserido no cenário) ocorreu mediante convite em meio eletrônico (e-mail e grupos de whatsapp® comuns a alunos de enfermagem) ou contato direto das pesquisadoras com alunos da comunidade acadêmica. O convite para participação dos juízes ocorreu por e-mail e foi enviado pela professora orientadora da pesquisa.

Já no primeiro contato foram esclarecidas todas informações pertinentes à pesquisa (método, objetivos e procedimentos) e as datas, locais e horários definidos para as atividades, para que ficasse claro ao interessado os procedimentos aos quais seria submetido.

#### ***4.7.2 Encontro Presencial para Apresentação da Proposta de Trabalho***

Esse encontro ocorreu com os atores presencialmente, em horário pré-estabelecido, para apresentação da pesquisa, os seus objetivos, os procedimentos de coleta de dados, bem como foram feitos os esclarecimentos as dúvidas que surgiram sobre sua atuação no cenário.

Foi lido com os atores todo o *script* e realizou-se a divisão dos papéis e definições de figurinos.

#### **4.7.3 Apoio Didático**

Neste momento foi disponibilizada uma lista, para os alunos que haviam se voluntariado a serem inseridos nos cenários, de três possíveis conteúdos (fisiologia do processo de parto, humanização da assistência em obstetrícia e Lei do Acompanhante nº11108/2005) (BRASIL, 2005), selecionados pelos pesquisadores responsáveis, com base nos conhecimentos elencados como necessários para alcançar uma boa desenvoltura no cenário simulado. Foi disponibilizada uma lista de referências contendo manuais do Ministério da Saúde sobre os temas para que os alunos estudassem.

Decidiu-se por fornecer esses materiais tendo em vista que, para a validação do cenário é necessário encená-lo de forma realística com relação à sua aplicabilidade no ensino (com alunos inseridos e professor conduzindo o *debriefing* ao final), os alunos inseridos não poderiam saber exatamente do que trataria o cenário, porém todos os conteúdos estudados contribuíram para o desenvolvimento da atividade.

#### **4.7.4 Simulação Realística para Validação dos Cenários**

Para a avaliação dos juízes, após a preparação do cenário, dos atores e dos alunos, procedeu-se à encenação da simulação realística no ensino. Primeiramente a professora e pesquisadora responsável deste estudo fez a apresentação do cenário e do caso clínico, por meio da leitura da versão sucinta do cenário (*briefing*), em seguida transcorreu o cenário com os alunos inseridos como ocorre em uma atividade de ensino real e ao final encenou-se o momento de *debriefing*, com a professora destacando os aspectos positivos e aspectos que deveriam ser melhorados na atuação dos alunos, guiando-se pelos aspectos descritos no *checklist*.

Os dois cenários foram validados no mesmo dia, com o mesmo grupo de juízes, entretanto, os alunos inseridos no primeiro cenário não tiveram contato com os alunos que foram inseridos no segundo cenário, para assegurar a não comunicação entre os participantes e o sigilo do cenário simulado.

#### 4.8 Análise de Dados

Os dados obtidos em cada etapa realizada no estudo foram tabulados e analisados em planilha do *software* Microsoft Excel® versão 2010. A análise inicial foi o detalhamento dos dados por meio da estatística descritiva com distribuição de frequências das variáveis relacionadas ao perfil dos juízes, sendo as variáveis simétricas expressas em média e desvio padrão e as assimétricas em mediana e intervalo interquartil.

A análise do processo de validação do cenário ocorreu mediante cálculo de Índice de Validade de Conteúdo (IVC), que mede a proporção de juízes que estão em concordância sobre os itens analisados. A escala *Likert* utilizada neste estudo possuía 4 alternativas de resposta (1= Totalmente inadequado; 2= Inadequado, mas pode ser refeito; 3= Adequado com pequenos ajustes e 4= Totalmente adequado), sendo considerado para o IVC o percentual de respostas 3 e 4 marcadas pelos juízes. Por se tratar de um estudo com menos de seis juízes foi considerado o valor mínimo aceitável de 1,00 para o IVC (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

#### 4.9 Aspectos Éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia (CEP-FCE) da Universidade de Brasília sob CAAE nº 03107418.5.0000.8093, respeitando as normas da resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b). O aceite em participar do estudo ocorreu mediante assinatura em duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinados tanto pelos alunos voluntários quanto pelos profissionais selecionados como juízes. Nos TCLEs (APÊNDICES E, F e G) constaram, de forma simplificada, os objetivos da pesquisa, suas etapas, o direito à participação voluntária, a garantia de privacidade e anonimato das informações e o uso exclusivo com finalidade científica. Os participantes ainda assinaram o Termo de Autorização de Uso de Imagem e Som (APÊNDICES H). Os vídeos e documentos preenchidos nas etapas do estudo ficarão em poder das pesquisadoras por 5 anos, sendo descartados posteriormente.

## 5 RESULTADOS

Seguindo todas as etapas descritas no método para realização deste estudo foram incluídos como juízes, os profissionais que alcançaram ao menos 4 pontos no Sistema de Pontuação para Seleção de Juízes, pontuação esta, que pode ser verificada na Tabela abaixo (Tabela 1). O estudo pôde contar com 4 juízes.

**Tabela 1 – Pontuação dos Juízes. Brasília, 2019.**

Descrição dos itens pontuados	Pontuação	Juízes			
		1	2	3	4
<b>Titulação</b>					
Pós-Doutor em Enfermagem	1	0	0	0	0
Doutor em Enfermagem	1	0	0	1	0
Mestre em Enfermagem	1	1	1	1	0
Especialização em Enfermagem	1	0	1	0	1
Especialista em assistência materno-Infantil	1	0	0	0	0
<b>Experiência Profissional Assistencial</b>					
Área hospitalar: urgência e emergência pediátrica ou gineco-obstétrica	2	0	0	2	0
Área assistencial/hospitalar: saúde da mulher/neonatologia/ pediatria	2	0	0	2	0
Atenção básica: saúde da mulher e/ou pediatria	2	0	0	0	0
<b>Experiência Profissional no Ensino</b>					
Área hospitalar: urgência e emergência pediátrica ou gineco-obstétrica	2	0	2	2	0
Área assistencial/hospitalar: saúde da mulher/neonatologia/ pediatria	2	2	2	2	2
Atenção básica: saúde da mulher e/ou pediatria	2	2	2	2	2
<b>Desenvolvimento/Orientação de pesquisa</b>					
Enfermagem em urgência e emergência pediátrica e/ou gineco-obstétrica.	2	0	0	2	0
Enfermagem em saúde materno-infantil (saúde da mulher, neonatologia ou pediatria).	2	0	0	2	2
<b>Publicações</b>					
Artigo, livro ou capítulo sobre cuidados de enfermagem em assistência materno-infantil (saúde da mulher, neonatologia ou pediatria).	2	2	0	2	0
Artigo, livro ou capítulo sobre simulação no ensino de enfermagem.	2	0	0	2	0
<b>Total</b>		7	7	20	7

Em relação ao perfil dos quatro juízes percebeu-se que a maioria tinha vivência na docência em enfermagem e poucos possuíam experiência assistencial. Entretanto, salienta-se que a docência em enfermagem perpassa atividades de supervisão dos acadêmicos em

atividades assistenciais, favorecendo que o docente mantenha seu saber técnico sempre atualizado. Salienta-se ainda que alguns juízes continuam se qualificando por meio dos cursos de pós-graduação. A caracterização dos juízes está descrita na Tabela 2 a seguir.

**Tabela 2 – Caracterização dos Juízes do Estudo. Brasília, 2019**

	N	%
Idade (anos)*	30,0 ± 5,24	
Formação		
Graduação em Enfermagem	4	100
Títulos de Pós-graduação		
Especialização	2	50
Mestrado	3	75
Doutorado	1	25
Atuação Profissional		
Assistência	1	25
Docência	4	100
Aluno de Pós-Graduação	2	50
Tempo de experiência profissional (anos)§	2,5 (2,0 – 5,5)	
Experiência com Simulação		
Docente	3	75
Pesquisador	2	50
Ministrando treinamento sobre	1	25
Participação como juiz anteriormente	3	75
Tempo de Experiência com Simulação§	2,0 (1,75 – 3,25)	
Publicações na área de Saúde da Mulher	2	50
Publicações sobre Simulação Realística	1	25

\* Dados expressos em média ± desvio padrão; § Dados expressos em mediana (intervalo interquartil 1º e 3º)

Atentando-se aos dados expostos na Tabela 2 observa-se que são pessoas jovens, todos enfermeiros, porém com tempo de experiência profissional suficiente para avaliar os cenários. Com relação ao tempo de atuação profissional destaca-se que a amostra foi heterogênea, contendo um juiz com 13 anos de atuação e os demais cerca de dois a três anos. Essa heterogeneidade foi responsável pela distribuição assimétrica dos dados nesta variável, o que justifica sua apresentação em mediana e intervalo interquartil.

Ademais, todos possuíam algum tipo de vivência com simulação na enfermagem, sendo três deles já participado como juiz e dois como pesquisador, o que favorece uma melhor compreensão da aplicabilidade do cenário a ser validado no ensino e sobre o rigor metodológico necessário para a validação. A amostra de juízes também foi heterogênea quanto ao tempo de experiência com simulação, tendo um dos juízes sete anos de experiência e os demais cerca de dois anos, justificando novamente a escolha da exposição dessa variável em mediana e intervalo interquartil.

O primeiro cenário abordou a assistência de enfermagem durante o trabalho de parto pautado nos preceitos da humanização da assistência à parturiente e família. O Quadro 1, a seguir, contém todas as informações pertinentes ao primeiro cenário.

**QUADRO 1 – Instrumento de Coleta de Dados Referente ao Cenário sobre Assistência de Enfermagem Durante o Trabalho de Parto**

<b>Etapa 1 – Overview</b>	<b>Assunto(s) Abordado(s):</b> Assistência de enfermagem durante o trabalho de parto
	<b>Complexidade:</b> ( <input checked="" type="checkbox"/> )Baixa ( <input type="checkbox"/> )Média ( <input type="checkbox"/> )Alta
	<b>Fidelidade:</b> ( <input type="checkbox"/> )Baixa ( <input checked="" type="checkbox"/> )Média ( <input type="checkbox"/> )Alta
	<b>Tempo previsto para o desenvolvimento do cenário:</b> 20 minutos
	<b>Quantitativo de alunos inseridos no cenário:</b> 2 alunos
	<b>Necessidades Organizacionais:</b> Para que o cenário aconteça de forma realística, é importante que seja montada uma estrutura compatível com o Centro Obstétrico (CO). Para isso, precisa-se de mobiliários compatíveis com a realidade, equipamentos médico-hospitalares que se utiliza em um CO e atores representando os diferentes papéis.
	<b>Necessidades do Educador:</b> O educador deve trabalhar previamente em sala de aula o conteúdo teórico referente à fisiologia do trabalho de parto, práticas humanizadoras em obstetrícia, evidências científicas acerca das condutas empregadas na assistência ao parto vaginal e ainda sobre a Lei do Acompanhante (Lei nº 11.108/2005) e sobre a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (Lei nº 7498/86) para que os alunos tenham conhecimento sobre as condutas de enfermagem que possuem amparo legal na assistência ao parto vaginal.  No momento em que o educador apresentar o cenário aos alunos deverá explicar o ambiente, quais itens fazem parte do cenário, quais dispositivos a atriz está utilizando como prótese de mamas e barriga de gestante, que possibilitem suas ações na simulação.

	<p><b>Aprendizagem do aluno e habilidades/ competências a serem trabalhadas na simulação:</b></p> <p><b>Avaliação Obstétrica da Parturiente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Técnica de palpação obstétrica para verificação do posicionamento fetal (Manobra de Leopold);</li> <li>-Técnica de ausculta fetal e conhecimento sobre as recomendações acerca da periodicidade da ausculta fetal intermitente no trabalho de parto;</li> <li>-Técnica de verificação de dinâmica uterina;</li> <li>- Observação sobre perdas vaginais.</li> </ul> <p><b>Práticas Humanizadas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicação efetiva e escuta qualificada</li> <li>- Educação/ cortesia com a cliente e família</li> <li>-Condução do trabalho de parto oferecendo os métodos não farmacológicos para alívio da dor explicando à parturiente os benefícios de cada método pautado nas evidências científicas;</li> <li>-Realização de assistência humanizada respeitando os desejos da gestante a qual está acompanhando;</li> <li>-Conhecimento sobre o direito ao acompanhante pautado na Lei 11.108/2005.</li> </ul>
<b>Etapa 2 – Scenario</b>	<p><b>Descrição do caso clínico embasada em evidências científicas:</b></p> <p><b>Descrição do caso para ser apresentado aos alunos:</b></p> <p>F.R.S, 28 anos, G1P0A0, IG 40+3, foi admitida no Centro Obstétrico há 2 horas referindo perda de líquido vaginal de coloração translúcida em grande quantidade, dor abdominal e lombar importante. Na admissão verificado BCF: 144bpm e realizado toque vaginal constatando 4cm de dilatação cervical, apresentação fetal em plano zero de DeLee. Sinais vitais na admissão: FC: 95bpm; FR: 22mpm; PA: 120x80mmHg e TAX: 36,8°C.</p> <p><b>Descrição completa do caso:</b></p> <p>F.R.S, 28 anos, G1P0A0, IG 40+3, foi admitida no Centro Obstétrico há 2 horas referindo perda de líquido vaginal de coloração translúcida em grande quantidade, dor abdominal e lombar importante. Na admissão verificado BCF: 144bpm e realizado toque vaginal constatando 4cm de dilatação cervical, apresentação fetal em plano zero de DeLee. Sinais vitais na admissão: FC: 95bpm; FR: 22mpm; PA: 120x80mmHg e TAX: 36,8°C.</p> <p>A parturiente possui caderneta da gestante devidamente preenchida. Não possui doenças ou comorbidades prévias à gestação, nem antecedentes familiares de hipertensão e diabetes. Na caderneta contém 9 consultas de pré-natal sem alterações nos parâmetros verificados nas consultas. Possui todos os exames preconizados pelo Ministério da Saúde com resultados normais. Trata-se de uma gestação de risco habitual.</p>

**Plano de Eventos do Cenário:****Atores e seus papéis:**

- 1- Atriz para representar enfermeira do C.O
- 2- Atriz para representar Gestante
- 3- Ator/ atriz para representar acompanhante

**Scripts ou ações e falas de cada ator/ papel:**

O cenário inicia com a parturiente já no leito PPP (pré-parto, parto e puerpério), deitada, sozinha no ambiente e gritando e gemendo. A enfermeira que está passando o plantão aos alunos inseridos no cenário entrega a caderneta da gestante a eles e passa as informações acerca do pré-natal. Sobre o período de internação ela comenta com eles que é o primeiro bebê dela e que ela está com bastante dor. Nesse momento a enfermeira retira-se do cenário.

**Enfermeira:** Boa Tarde! Essa é a FRS, ela tem 28 anos, é a primeira gestação (planejada), ela chegou há cerca de 2 horas com bolsa rota e em trabalho de parto. Bom plantão pra vcs.

Espera-se que os alunos se apresentem à parturiente e conversem com ela sobre a gestação enquanto iniciam a avaliação obstétrica.

Falas da gestante (poderão ser adaptadas às perguntas feitas pelos alunos):

**FRS:** Sim essa é a minha primeira gestação, nunca tive aborto e foi planejada. Sou casada há 3 anos e sonhei em ter um menino, só não imaginava que doesse tanto assim. Ai ai ai to com muita dor nas minhas costas.

**FRS:** Minha gestação foi muito tranquila, nunca tive que tomar nenhum remédio além daqueles com ferro que todas as gestantes tomam.

**FRS:** Minha bolsa rompeu agora de manhã umas 10 horas, logo depois que tomamos café da manhã, essa foi a minha última refeição. O líquido que saiu parecia água mesmo e escorreu até o meu pé.

**FRS:** Tô sentindo o bebê mexer, só que bem pouco agora no trabalho de parto. E a dor nas costas está insuportável. Tô sentindo que o bebê está mais pra baixo também do que quando cheguei. Tá me doendo os ossos aqui do quadril.

Quando questionada sobre o acompanhante:

**FRS:** Acompanhante? E pode? Meu acompanhante está lá fora, nem sabia que podia entrar alguém comigo. Eu queria muito meu marido aqui, mas não sei se ele dá conta. Nesse momento FRS ri.

Se perguntarem se foi orientado no pré-natal sobre a Lei 11.108/2005:

**FRS:** Não nem o médico e nem a enfermeira do centro de saúde falaram sobre isso.

Quando ofertados os métodos não farmacológicos de alívio da dor:

**FRS:** Bola? Como vou me equilibrar nessa bola com essa barriga? E o que ela vai mudar na minha dor? Tô bem aqui deitada mesmo, obrigada.

**FRS:** Banho? Já tomei banho em casa hoje quando estourou a bolsa e parou de sair líquido. Como assim o banho alivia a dor? Tem certeza?

**FRS:** Caminhar? Será que vou ter forças? É mesmo mais confortável do que deitada? Não consigo entender como caminhar ajuda no trabalho de parto.

Caso os alunos não ofereçam nenhum método:

**FRS:** Enfermeira me dá um remédio pra essa dor, por favor, eu não aguento mais de dor. Eu vou morrer aqui. E começa a chorar.

**FRS:** Essa dor é normal? Não há que possa ajudar a aliviar?

Nos intervalos dos diálogos com os alunos a gestante geme e grita de dor.

Quando o acompanhante entrar no cenário, caso os alunos não orientem a ele no que pode ajudar para acalmar sua esposa:

**Acompanhante:** Enfermeira o que eu posso fazer por ele? Ela está com tanta dor, não tem um remédio? Como posso ajudar? Não consigo ver minha mulher sofrendo assim.

O cenário encerra após a realização da avaliação obstétrica, entrada do acompanhante e após se verificar o conhecimento dos alunos acerca dos mecanismos de ação dos métodos não farmacológicos para alívio da dor.

**Ambiente do cenário simulado:**

( ) Domicílio ( ) Unidade Básica de Saúde (X) Hospital, unidade: Centro-Obstétrico

<b>Etapa 3 – Scenario Design Progression</b>	<b>Materiais necessários para montagem do ambiente e responsável:</b>	
	<b>Mobiliário/ Decoração:</b> Cama hospitalar Escadinha Mesa auxiliar Cadeira para acompanhante Bola Obstétrica Cavalinho Placa de Identificação do Banheiro Cartazes sobre trabalho de parto e amamentação Equipamento de áudio/ vídeo para ausculta real de BCF Telefone	<b>Responsável:</b>  Instituição de Ensino
	<b>Prontuário e outros documentos contendo informações clínicas relevantes:</b>  Caderneta da Gestante	<b>Responsável:</b>  Instituição de Ensino
	<b>Materiais médico-hospitalares:</b>  Bandeja de Parto embalada Esfigmomanômetro Estetoscópio Sonar Obstétrico Termômetro Fita Métrica Luvas de procedimento	<b>Responsável:</b>  Instituição de Ensino
	<b>Manequins/ bonecos:</b>  Modelo de mamas Barriga de grávida Modelo de períneo ou vagina	<b>Responsável:</b>  Instituição de Ensino
<b>Figurino dos atores:</b>  Enfermeira: Roupa cirúrgica  Gestante: Modelador ou blusa cor da pele, calça legging cor da pele, camisola hospitalar e chinelo  Acompanhante: Roupas apropriadas a adulto jovem do sexo masculino	<b>Responsável:</b>  Atores/ Instituição de Ensino	

Fonte: Elaborado pelas próprias pesquisadoras.

A etapa 4 do estudo consistiu na validação do instrumento a ser utilizado no *debriefing*, quando esse cenário for utilizado no ensino. Esse documento guiará a avaliação do professor durante a observação dos alunos na simulação e o diálogo entre os docentes e alunos no processo de *debriefing*. O Quadro 2 expõe a versão final do *checklist* criado pelas pesquisadoras e validado pelos juízes.

**QUADRO 2 – Instrumento de Avaliação dos Alunos Referente ao Cenário sobre Assistência de Enfermagem Durante o Trabalho de Parto**

<b>Título do Cenário:</b> Assistência de enfermagem durante o trabalho de parto				
<b>Ambiente:</b> Hospitalar, unidade de Centro Obstétrico				
Alunos Avaliados: _____				
<b>Descrição Sucinta do Caso Clínico:</b>				
F.R.S, 28 anos, G1P0A0, IG 40+3, foi admitida no Centro Obstétrico há 2 horas referindo perda de líquido vaginal de coloração translúcida em grande quantidade, dor abdominal e lombar importante. Na admissão verificado BCF: 144bpm e realizado toque vaginal constatando 4cm de dilatação cervical, apresentação fetal em plano zero de DeLee. Sinais vitais na admissão: FC: 95bpm; FR: 22mpm; PA: 120x80mmHg e TAX: 36,8°C.				
<b>Objetivo da Aprendizagem:</b> Verificar o conhecimento dos alunos acerca da avaliação obstétrica da parturiente, manejo não farmacológico da dor no trabalho de parto, Lei nº11.108/05 e Lei nº7.498/86.				
<b>Tempo previsto para o desenvolvimento do cenário:</b> 20 minutos				
<b>Check List de Habilidades e Conhecimentos Esperados dos Alunos</b>				
	Não Realizado	Inadequado	Parcialmente Adequado	Adequado
<b>ACOLHIMENTO</b>				
Apresentaram-se à parturiente e a acolheram de forma humanizada				
Apresentaram escuta qualificada no atendimento à parturiente e acompanhante				
Apresentaram comunicação efetiva no atendimento à parturiente e acompanhante				
<b>AVALIAÇÃO OBSTÉTRICA</b>				
Realizaram Manobra de Leopold com os 4 tempos				
Realizaram ausculta de BCF posicionando o sonar no local correto de acordo com a sua percepção acerca da posição do dorso fetal				
Verificaram a dinâmica uterina em 10 minutos com posicionamento da mão no fundo uterino				
Constataram dinâmica uterina com frequência adequada para o período clínico do parto em que a gestante se encontra				
Avaliaram a genitália e as perdas vaginais				
<b>LEI DO ACOMPANHANTE</b>				
Conversaram com a gestante sobre seu direito a acompanhante				

	Não Realizado	Inadequado	Parcialmente Adequado	Adequado
Deram a opção de escolha de acompanhante à parturiente				
Buscaram o acompanhante da gestante que estava fora da unidade				
<b>HUMANIZAÇÃO</b>				
Estimularam a participação do acompanhante no alívio da dor da parturiente				
Favoreceram o protagonismo da parturiente no trabalho de parto				
Ofereceram líquidos/ alimentos à parturiente				
Ofereceram ao menos dois métodos não farmacológicos para alívio da dor disponíveis na unidade				
Explicaram os benefícios do banho morno para alívio da dor e evolução do trabalho de parto				
Explicaram benefícios da bola para alívio da dor e evolução do trabalho de parto				
Explicaram benefícios do cavalinho para alívio da dor e evolução do trabalho de parto				
Explicaram benefícios da deambulação para alívio da dor e evolução do trabalho de parto				
Explicaram benefícios das técnicas de respiração para alívio da dor e evolução do trabalho de parto				
<b>LEI DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM</b>				
Prestaram assistência de enfermagem pautada na Lei do Exercício Profissional				
Aspectos positivos a serem destacados: _____				
_____				
_____				
_____				
Aspectos a serem melhorados ou condutas inadequadas: _____				
_____				
_____				
_____				
Professoras Avaliadoras: _____				

Fonte: Elaborado pelas próprias pesquisadoras.

A avaliação dos juízes sobre o cenário e sobre o *check list* de *debriefing* foi documentada com o preenchimento do Apêndice C. Os dados obtidos nesse momento subsidiaram a análise estatística. A Tabela 3 expõe a análise estatística referente ao cenário sobre assistência de enfermagem ao trabalho de parto.

**TABELA 3 – Avaliação dos Juízes sobre o Caso Clínico “Assistência de Enfermagem durante o trabalho de parto”. Brasília, 2020**

Itens Avaliados	Totalmente Inadequado		Inadequado, mas pode ser refeito		Adequado com pequenos ajustes		Totalmente Adequado		IVC
	n	%	n	%	n	%	N	%	
Plausibilidade do caso clínico	-	-	-	-	-	-	4	100	1,0
Realismo	-	-	-	-	1	25	3	75	1,0
Aderência às evidências científicas disponíveis	-	-	-	-	-	-	4	100	1,0
Complexidade em relação ao nível de conhecimento e habilidades do aluno	-	-	-	-	-	-	4	100	1,0
Descrição do caso	-	-	-	-	-	-	4	100	1,0
Objetivos da simulação fornecidos ao aluno	-	-	-	-	-	-	4	100	1,0
Informações fornecidas ao aluno antes da simulação	-	-	-	-	-	-	4	100	1,0
Dados fornecidos ao aluno durante a simulação	-	-	-	-	-	-	4	100	1,0
Apoio fornecido ao aluno durante a simulação	-	-	-	-	2	50	2	50	1,0
Objetivos de aprendizagem	-	-	-	-	-	-	4	100	1,0
Promoção do pensamento crítico	-	-	-	-	1	25	3	75	1,0
Promoção da capacidade de priorizar avaliações e intervenções de enfermagem	-	-	-	-	1	25	3	75	1,0
Promoção da resolução autônoma de problemas	-	-	-	-	-	-	4	100	1,0
Parâmetros do simulador/ atriz condizentes com o caso clínico	-	-	-	-	1	25	3	75	1,0
Ambiente simulado	-	-	-	-	1	25	3	75	1,0
Materiais e equipamentos disponíveis aos alunos	-	-	-	-	3	75	1	25	1,0
Aspectos avaliados no <i>debriefing</i>	-	-	-	-	1	25	3	75	1,0
Reflexão e análise das ações no <i>debriefing</i>	-	-	-	-	1	25	3	75	1,0
Síntese e <i>feedback</i> ao aluno no <i>debriefing</i>	-	-	-	-	1	25	3	75	1,0
<b>IVC Médio</b>									<b>1,0</b>

A seguir estão expostas algumas imagens referentes à simulação deste cenário no laboratório de Enfermagem da Faculdade de Ceilândia (Figura 1). Importante ressaltar que não foi preciso cobrir os rostos nas fotos, pois todos os participantes assinaram previamente o Termo de Uso de Som e Imagem, conforme descrito anteriormente no método.

**Figura 1 – Imagens da Validação do Cenário “Assistência de Enfermagem Durante o Trabalho de Parto”**



Fonte: Elaboradora pelas próprias pesquisadoras.

O segundo cenário validado neste estudo refere-se à assistência de enfermagem à mulher durante o parto vaginal humanizado. O processo de elaboração e validação deste seguiu as mesmas etapas do cenário descrito anteriormente. Abaixo, no Quadro 3, encontram-se todas as informações sobre o cenário.

**Quadro 3 – Instrumento de Coleta de Dados Referente ao Cenário Assistência de Enfermagem ao Parto Vaginal Humanizado.**

<b>Etapa 1 – Overview</b>	<b>Assunto(s) Abordado(s):</b> Assistência de Enfermagem ao Parto Vaginal Humanizado
	<b>Complexidade:</b> ( )Baixa ( X )Média ( )Alta Fidelidade
	<b>Fidelidade:</b> ( )Baixa ( X )Média ( )Alta
	<b>Tempo previsto para o desenvolvimento do cenário:</b> até 30 minutos
	<b>Quantitativo de alunos inseridos no cenário:</b> 3 alunos
	<b>Necessidades Organizacionais:</b>  Para que o cenário aconteça de forma realística, é importante que seja montado um ambiente compatível com Centro Obstétrico (CO). Para isso, é preciso mobiliário e equipamentos médico hospitalares que se utiliza em um CO real e atores para representação dos papeis.

<b>Etapa 1 – Overview</b>	<p><b>Necessidades do Educador:</b></p> <p>O educador deve trabalhar previamente em sala de aula o conteúdo teórico referente à fisiologia do trabalho de parto e parto, assistência humanizada ao parto e nascimento, práticas baseadas em evidências científicas atualizadas, assistência imediata ao recém-nascido e assistência de enfermagem no puerpério imediato, <i>Golden Hour</i> e Lei nº11.105/2005. Recomenda-se como referências manuais publicados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Ministério da Saúde, artigos e livros atualizados.</p> <p>No momento em que o educador apresentar o cenário aos alunos deverá explicar o ambiente, quais itens fazem parte do cenário, quais dispositivos a atriz está utilizando como prótese de mamas e barriga de gestante, que possibilitem suas ações na simulação.</p> <hr/> <p><b>Aprendizagem do aluno e habilidades/ competências a serem trabalhadas na simulação:</b></p> <p>Habilidade e competências a serem desenvolvidas durante a simulação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relacionamento interpessoal com equipe da unidade</li> <li>- Manejo do estresse da parturiente e acompanhante</li> <li>- Comunicação efetiva com escuta qualificada</li> <li>- Estabelecimento de prioridades para o cuidado centrado na parturiente e família</li> <li>- Conhecimento sobre a Lei do Acompanhante (Lei 11.108/2005)</li> <li>- Conhecimento sobre períodos clínicos do parto para identificação do período em que a gestante se encontra</li> <li>- Conhecimento sobre a fisiologia do processo de parto</li> <li>- Conhecimento sobre assistência imediata ao RN em sala de parto</li> <li>- Conhecimento sobre assistência à puérpera e RN na <i>Golden Hour</i></li> <li>- Conhecimento sobre o puerpério imediato</li> <li>- Práticas humanizadas para com a parturiente e RN</li> </ul>
<b>Etapa 2 – Scenario</b>	<p><b>Descrição do caso clínico embasada em evidências científicas:</b></p> <p><b>Descrição sucinta do caso para ser apresentado aos alunos antes do início da simulação:</b></p> <p>Primigesta admitida no Centro Obstétrico referindo perda de líquido vaginal de coloração translúcida e em grande quantidade há 4 horas, dor abdominal e lombar importante. No atendimento no PS foi realizado o exame de toque constatando apresentação fetal cefálica em OP, De Lee +1, 9cm de dilatação e colo 90% apagado. BCF = 145bpm, AU: 39cm, DU 4/10 (45”, 50”, 40”, 55”). Sinais vitais: FC=105bpm, FR=30irpm, PA=120x80mmHg, TAX=37,3°C.</p> <p><b>Descrição completa do caso:</b></p> <p>O caso se trata de parturiente que interna no CO já em período expulsivo. A parturiente foi atendida no Pronto Socorro do Centro Obstétrico referindo perda de líquido vaginal de coloração translúcida e em grande quantidade há 4 horas, dor abdominal e lombar importante. No atendimento no PS foi realizado o exame de toque constatando apresentação fetal cefálica em OP, De Lee +1, 9cm de dilatação e colo 90% apagado. BCF = 145bpm, AU: 39cm, DU 4/10 (45”, 50”, 40”, 55”). Os sinais vitais estavam um pouco alterados em função da dor: FC=105bpm, FR=30irpm, PA=120x80mmHg, TAX=37,3°C.</p> <p style="text-align: right;"><b>Continua...</b></p>

<b>Etapa 2 – Scenario</b>	<p><b>Continuação...</b></p> <p>A gestante apresenta-se bastante agitada, verbaliza muita dor, geme durante as contrações e pouco depois de iniciado o cenário ela refere estar sentindo vontade de empurrar o bebê. Após 10 minutos de cenário o mesmo evolui para parto vaginal, ao nascer o bebê possui todas as características de um RN saudável com Apgar 10/10 e espera-se que os alunos prestem assistência pautada nos preceitos da humanização do cuidado, realizando o primeiro atendimento ao RN e valorizando a “<i>Golden Hour</i>”. Após a revisão de canal vaginal espera-se que os alunos realizem a avaliação puerperal e forneçam algumas informações básicas sobre os cuidados puerperais.</p> <p>Dados da Parturiente para Anamnese, caso os alunos perguntem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Página de Identificação da caderneta da gestante: corresponde à primeira página da caderneta e é livre o preenchimento, respeitando apenas o nome correspondente às iniciais estabelecidas para o caso (AMS) e a idade (29 anos).</li> <li>- Nas páginas centrais o preenchimento dos gráficos de índice de massa corporal (IMC) e altura uterina das consultas de pré-natal são livres respeitando a quantidade de consultas previstas para o caso.</li> <li>- Antecedentes Familiares: sem relato de doenças crônicas e de gravidez gemelar na família.</li> <li>- Histórico Ginecológico e Obstétrico: menarca aos 13 anos de idade, sexarca aos 15 anos de idade, ciclos menstruais regulares com duração média de 30 dias e fase menstrual com duração de cerca de 3 dias. Não possui histórico de infecções vaginais recorrentes. Paridade: G1 P0 Ab0, DUM compatível com gravidez de 39 semanas e 2 dias no dia de realização da simulação.</li> <li>- Antecedentes Pessoais: nega doenças e agravos à saúde, nunca realizou cirurgias anteriormente, nega histórico de infertilidade e nunca teve infecção de trato urinário e anemia. Último exame de Papanicolau realizado há menos de 1 ano.</li> <li>- Gestação Atual: gravidez não foi planejada, o relacionamento do casal tem 1 ano, não moram juntos e possuem bom relacionamento. Planejavam ter filhos no futuro. Faziam uso de preservativo e anticoncepcional oral nem sempre ingerido conforme preconizado. Iniciou o pré-natal com 8 semanas de gestação, possui 9 consultas registradas (todas com parâmetros normais). As vacinas já foram realizadas e registradas no cartão de pré-natal. Todos os exames pré-natais preconizados pelo Ministério da Saúde foram realizados e estavam normais. A caderneta possui 3 ecografias registradas (a 1º com 7 semanas de IG, a segunda com 12 semanas e a terceira com 23 semanas) a data da primeira ecografia deve estar compatível com IG (USG)= 40s+2d no dia da simulação realística.</li> </ul>
<b>Etapa 3</b>	<p><b>Plano de Eventos do Cenário:</b></p> <p><b>Atores e seus papéis:</b></p> <p>Ator/Atriz: Técnico(a) de Enfermagem do PS  Ator/Atriz: Enfermeiro(a) Obstetra ou Médico(a) Obstetra  Atriz: Parturiente  Ator: Acompanhante</p>

**Scripts ou ações e falas de cada ator/ papel:**

O cenário inicia com o(a) técnico(a) de enfermagem trazendo a gestante para o CO em cadeira de rodas. O(a) técnico(a) passa o caso e se retira do ambiente. *Nesse momento espera-se que os alunos acomodem a parturiente no leito, iniciem uma anamnese e observem as informações contidas na caderneta da gestante para compreensão de que se trata de gestação de risco habitual. Caso os alunos não se atentem em chamar um enfermeiro ou médico de plantão na unidade o(a) enfermeiro(a) obstetra aparecerá perguntando sobre a parturiente em cena.*

**Técnico(a) de Enfermagem:** Olá, estou trazendo a FRS, ela é primigesta e está com 9 cm. Aqui estão os papéis dela. Os sinais vitais estão um pouco alterados em função da dor.

**Enfermeiro(a) Obstetra:** Pessoal, qual é o caso?

/

*Após os alunos passarem o caso o(a) enfermeiro(a) pergunta:*

**Enfermeiro(a) Obstetra:** É o primeiro bebê dela? Tem pré-natal? Tem testes rápidos negativos? Ela já está com puxos, qual é o período clínico que ela se encontra?

*Sobre os puxos a parturiente responde:*

**Parturiente:** Às vezes me dá vontade de empurrar, mas o que está me incomodando mesmo é a dor nas costas.

**Enfermeiro(a) Obstetra:** Me avisem se começar a coroar.

*A medida que o cenário evolui a parturiente reclama de muita dor nas costas como forma de despertar nos alunos a ideia de oferecer outras posições (diferentes da supina) para o período expulsivo. Caso eles não tomem iniciativa apenas pelo relato de dor a atriz pode dar “dicas” com as seguintes falas:*

**Parturiente:** Gente por favor (quase chorando) eu estou com muita dor nas costas, piorou aqui na cama. Eu preciso mesmo ficar deitada?

*A parturiente possui um acompanhante que ficou lá na recepção do PS. Caso os alunos não lembrem de perguntar a ela sobre acompanhante ela pode solicitar sua presença.*

**Parturiente:** Gente por favor eu queria muito que o pai da minha bebê estivesse aqui quando ela nascer. Ele está lá fora.

*No momento dos puxos do expulsivo:*

**Parturiente:** Ai, ai, ai, ai eu tô tentando fazer força, mas assim não sai. Eu não vou dar conta. Me ajudem por favor (*nesse momento a parturiente chora e se desespera*).

*Após os alunos oferecerem outras posições a parturiente resolve parir na posição de Gasking. Nesse momento, se os alunos não chamarem algum profissional:*

**Gestante:** Ai, ai, ai, ai. Tá nascendo, não consigo parar de fazer força. Aiiiiiiiiiiiiiiii

*Mesmo que os alunos não chamem o profissional aparece:*

**Enfermeiro(a)/ Médico(a):** O que foi gente? Vai nascer? Vamos ver! Senhora faça uma força na próxima contração por favor.

**Gestante:** Aiiiiiii, tá vindo (nesse momento ela faz cara de que está fazendo força perineal).

*No momento do nascimento propriamente dito a gestante grita bastante. Ao nascer o bebê possui todas as características de um RN saudável com Apgar 10/10. Espera-se que os alunos sequem o bebê, identifiquem, coloquem o clamp no cordão umbilical e posicionem o RN no seio para a primeira mamada. Pouco depois o profissional que assistiu o parto solicita que os alunos administrem a ocitocina IM, 10UI, conforme protocolo.*

**Parturiente:** Por que meu bebê nasceu com as mãos e pés roxinhos?

**Parturiente:** Ele não vai ficar com frio aqui peladinho?

**Parturiente:** Ele está todo sujo, que horas será o banho dele?

*Com essas perguntas acredita-se que os alunos explicarão a importância de adiar os procedimentos de rotina e da “Golden Hour”.*

*Após a dequitação placentária o(a) Enfermeiro(a) ou Médico(a) que atendeu o parto comenta:*

**Enfermeiro(a)/ Médico(a):** Sua placenta já saiu e está tudo bem. Os estagiários vão cuidar de você e explicar tudo sobre os cuidados daqui para frente. Tá certo? Parabéns pelo bebê!

*Nesse momento o(a) ator/ atriz retira-se de cena.*

*Caso os alunos questionem se a puérpera sente dor ela responderá que não, sente-se muito bem.*

**Ambiente do cenário simulado:**

( ) Domicílio ( ) Unidade Básica de Saúde (X) Hospital, unidade: Centro-Obstétrico

**Materiais necessários para montagem do ambiente e responsável:**

<b>Mobiliário/ Decoração:</b>	<b>Responsável:</b>
Cama Hospitalar Escadinha Mesa de Cabeceira Telefone Mesa auxiliar Cadeira para Acompanhante Banco para quem irá atender ao parto Cavalinho Bolas obstétrica	Instituição de Ensino
<b>Materiais médico-hospitalares:</b>	<b>Responsável:</b>
Bandeja de parto contendo pinças, tesouras e porta agulha Bandeja contendo campos para o parto compatíveis com a realidade Estetoscópio Esfigmomanômetro Sonar Obstétrico ou Estetoscópio de Pinard Agulhas/Seringas de diferentes calibres e volumes Cueiros Toalhas	Professor e instituição de ensino

**Continua...**

<b>Etapa 3 – Scenario Design Progression</b>	<p><b>Continuação...</b></p> <p>Medicamentos comumente encontrados em CO (ocitocina, antibiótico, anti-hipertensivo) Luvas de procedimento e estéreis Óculos de proteção Cord Clamp Pulseiras de identificação (parturiente e RN)</p>	
	<p><b>Prontuário e outros documentos contendo informações clínicas relevantes:</b></p> <p>Caderneta da Gestante Ficha de atendimento do PS</p>	<p><b>Responsável:</b></p> <p>Professor</p>
	<p><b>Manequins/ bonecos:</b></p> <p>Modelo de mamas Barriga de grávida Globo de segurança de Pinard Boneco RN Placenta</p>	<p><b>Responsável:</b></p> <p>Instituição de Ensino</p>
	<p><b>Figurino dos atores:</b></p> <p>Parturiente: Roupa ou modelador cor da pele, calça legging cor da pele com abertura na costura entre as pernas, camisola hospitalar e chinelo. Forro perineal com sangramento vaginal fisiológico para o pós-parto.</p> <p>Acompanhante: Roupas compatíveis com a idade do papel</p> <p>Técnico(a) do PS: Calça e blusa branca, jaleco e sapato branco</p> <p>Profissionais do CO: Roupa Privativa, touca e pro-pé</p>	<p><b>Responsável:</b></p> <p>Ator ou atriz</p>

Fonte: Elaborado pelas próprias pesquisadoras.

O Quadro 4 expõe o documento desenvolvido e validado para utilização no processo de *debriefing*, quando se utiliza esse segundo cenário no ensino de enfermagem. Além dos dados preenchidos nos Apêndices deste estudo foram discutidos ponto a ponto com os juízes no momento da validação e suas opiniões foram consideradas para decisão da versão final.

**Quadro 4 – Instrumento de Avaliação dos Alunos Referente ao Cenário sobre Assistência de Enfermagem ao Parto Vaginal Humanizado**

<b>Título do Cenário: Assistência de Enfermagem durante o parto natural</b>				
<b>Ambiente: Hospitalar, unidade de Centro Obstétrico</b>				
Alunos Avaliados: _____				
<b>Descrição Sucinta do Caso Clínico:</b>				
Primigesta admitida no Centro Obstétrico referindo perda de líquido vaginal de coloração translúcida e em grande quantidade há 4 horas, dor abdominal e lombar importante. No atendimento no PS foi realizado o exame de toque constatando apresentação fetal cefálica em OP, De Lee +1, 9cm de dilatação e colo 90% apagado. BCF = 145bpm, AU: 39cm, DU 4/10 (45”, 50”, 40”, 55”). Sinais vitais: FC=105bpm, FR=30irpm, PA=120x80mmHg, TAX=37,3°C.				
<b>Objetivo da Aprendizagem:</b>				
Avaliar os conhecimentos dos alunos sobre a assistência ao parto, pautado nos preceitos da humanização do parto e nascimento.				
<b>Tempo previsto para o desenvolvimento do cenário: até 30 minutos</b>				
<b>Check List de Habilidades e Conhecimentos Esperados dos Alunos</b>				
	Não Realizado	Inadequado	Parcialmente Adequado	Adequado
<b>RELACIONAMENTO INTERPESSOAL</b>				
Apresentaram-se e acolheram a parturiente de forma humanizada				
Apresentaram comunicação efetiva com escuta qualificada durante a assistência				
Apresentaram boa comunicação com os profissionais presentes no cenário				
Apresentaram postura profissional				
Se colocaram à disposição da paciente e acompanhante para qualquer auxílio ou esclarecimento				
<b>CONHECIMENTO E TÉCNICAS</b>				
Prestaram atendimento com uso de equipamentos de proteção individual				
Realizaram a anamnese de enfermagem (restrita) com perguntas pertinentes à situação clínica				
Apresentaram conhecimento sobre a caderneta da gestante observando dados importantes				
Identificaram o período clínico do parto no qual a parturiente se encontrava (expulsivo)				
Realizaram avaliação obstétrica (dinâmica uterina, palpação obstétrica, ausculta de BCF e avaliação de perdas vaginais)				
Interpretaram corretamente os dados				
Demonstraram conhecimento sobre Lei do Acompanhante, consultando a parturiente se ela gostaria que chamasse seu acompanhante				

	Não Realizado	Inadequado	Parcialmente Adequado	Adequado
Consultaram e explicaram a parturiente sobre posição de parto				
Promoveram conforto e alívio da dor durante o trabalho de parto/ parto				
Promoveram o protagonismo da parturiente no período expulsivo				
No momento do parto receberam o RN de forma humanizada				
Secaram e identificaram o RN e clampearam o cordão umbilical				
Responderam dúvidas da mãe sobre o RN				
Explicaram à parturiente e acompanhante sobre a <i>Golden Hour</i> e auxiliaram na primeira mamada				
Avaliaram puérpera no puerpério imediato (sinais vitais, mamas, involução uterina/ integridade da placenta, períneo e loquiação)				
Realizaram as orientações sobre cuidados puerperais				
Aspectos positivos a serem destacados: _____ _____ _____				
Aspectos a serem melhorados ou condutas inadequadas: _____ _____ _____				
Professoras Avaliadoras: _____				

Fonte: Elaborado pelas próprias pesquisadoras.

A seguir, a Tabela 4 sintetiza as frequências de respostas sobre a avaliação dos juízes acerca do processo de validação deste cenário. O cálculo do IVC foi realizado e nos dois cenários considerou como respostas, para fins de validade de conteúdo, as duas alternativas denominadas “Adequado”. Os IVCs obtidos em ambos os cenários foi o maior valor possível, seguindo a recomendação de Alexandre e Coluci (2011) que aponta que quando se realiza este tipo de estudo com cinco juízes ou menos deve-se idealmente todos devem concordar, ou seja, o IVC mínimo esperado é de 1,0.

**Tabela 4 – Avaliação dos Juízes sobre o Caso Clínico “Assistência de Enfermagem ao Parto Vaginal Humanizado”. Brasília, 2020.**

Itens Avaliados	Totalmente Inadequado		Inadequado, mas pode ser refeito		Adequado com pequenos ajustes		Totalmente Adequado		IVC
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Plausibilidade do caso clínico	-	-	-	-	-	-	4	100	1,0
Realismo	-	-	-	-	-	-	4	100	1,0
Aderência às evidências científicas disponíveis	-	-	-	-	-	-	4	100	1,0
Complexidade em relação ao nível de conhecimento e habilidades do aluno	-	-	-	-	-	-	4	100	1,0
Descrição do caso	-	-	-	-	2	50	2	50	1,0
Objetivos da simulação fornecidos ao aluno	-	-	-	-	-	-	4	100	1,0
Informações fornecidas ao aluno antes da simulação	-	-	-	-	1	25	3	75	1,0
Dados fornecidos ao aluno durante a simulação	-	-	-	-	2	50	2	50	1,0
Apoio fornecido ao aluno durante a simulação	-	-	-	-	3	75	1	25	1,0
Objetivos de aprendizagem	-	-	-	-	-	-	4	100	1,0
Promoção do pensamento crítico	-	-	-	-	-	-	4	100	1,0
Promoção da capacidade de priorizar avaliações e intervenções de enfermagem	-	-	-	-	-	-	4	100	1,0
Promoção da resolução autônoma de problemas	-	-	-	-	-	-	4	100	1,0
Parâmetros do simulador/ atriz condizentes com o caso clínico	-	-	-	-	-	-	4	100	1,0
Ambiente simulado	-	-	-	-	1	25	3	75	1,0
Materiais e equipamentos disponíveis aos alunos	-	-	-	-	2	50	2	50	1,0
Aspectos avaliados no <i>debriefing</i>	-	-	-	-	1	25	3	75	1,0
Reflexão e análise das ações no <i>debriefing</i>	-	-	-	-	-	-	4	100	1,0
Síntese e <i>feedback</i> ao aluno no <i>debriefing</i>	-	-	-	-	-	-	4	100	1,0
<b>IVC Médio</b>									<b>1,00</b>

A seguir estão expostas algumas imagens referentes à simulação deste cenário no laboratório de Enfermagem da Faculdade de Ceilândia (Figura 1). Importante ressaltar que não foi preciso cobrir os rostos nas fotos, pois todos os participantes assinaram previamente o Termo de Uso de Som e Imagem, conforme descrito anteriormente no método.

**Figura 2 – Imagens da Validação do Cenário “Assistência de Enfermagem ao Parto Vaginal Humanizado”**



Fonte: Elaboradora pelas próprias pesquisadoras.

A fim de melhorar os cenários, os instrumentos possuíam espaço para que os juízes dessem suas sugestões e fizessem comentários escritos. Todos os comentários foram lidos e analisados pelas pesquisadoras e, como a maioria das sugestões foram acatadas, houveram algumas modificações e adequações em ambos os cenários.

No primeiro cenário intitulado “Assistência de Enfermagem durante o Trabalho de Parto” as adequações realizadas, a partir das recomendações dos juízes, incluíram a reclassificação do cenário em baixa complexidade, antes classificados como de média complexidade, com a justificativa de que o parto não evolui e não há uso de muitos equipamentos e tecnologias no cuidado exercido pelos alunos inseridos no cenário. Houveram também modificações em algumas falas e frases do *script* para melhor desempenho dos estudantes inseridos no cenário, foi sugerido ainda que se deixe explícito nos documentos sobre o cenário uma recomendação que o facilitador, no momento anterior à simulação em que se expõem o caso e o cenário para os alunos, informe também quais dispositivos o ator/atriz que irá encenar no caso está utilizando, evitando que os alunos inseridos no cenário não deixem de realizar alguma ação ou procedimento por não saber que a atriz possui os dispositivos necessários.

Na lista de materiais previstos para desenvolvimento do primeiro cenário houve a inclusão de uma placa com indicação de onde seria o banheiro do cenário, para que os alunos tenham um estímulo visual para lembrar de oferecer banho para a parturiente. Houve ainda a

inclusão de equipamento de áudio e vídeo para ausculta real de BCF, inclusão de fita métrica e também de um modelo de períneo ou vagina para exame físico, caso os alunos julguem necessário realização de exame físico completo.

No instrumento do *check list*, após conversa com os juízes, houve a indicação de um limite mínimo de método que deveriam ser ofertados pelos alunos durante a simulação. Inicialmente o instrumento contava apenas com diferentes alternativas para que o professor marcasse quais métodos os alunos ofereceram. Da forma como estava levava a crer que os alunos deveriam estimular o uso de todos os métodos, o que é inviável no período de desenvolvimento do cenário. Os juízes consideraram que oferecer 2 métodos já demonstraria conhecimento suficiente por parte dos alunos.

As modificações sugeridas e acatadas para o cenário intitulado “Assistência de Enfermagem durante o Parto Vaginal Humanizado” incluíram a alteração de 2 participantes para 3 por se tratar de cenário mais complexo que o anterior, com mais situações que ocorrem simultaneamente, o que requer mais pessoas para prestar um atendimento de qualidade; incluiu-se no script uma previsão de 10 minutos para evolução do trabalho de parto até o período expulsivo, para que seja garantido que o parto evolua mesmo que os alunos não consigam ter uma boa evolução em sua assistência; nos objetivos de aprendizagem para assistência ao parto, havia uma lacuna para avaliação de uso de EPI's e outra para avaliar se responderam as dúvidas da puérpera, portanto esses itens foram incluídos.

Realizaram-se ainda modificações, inclusão/exclusão de falas no *script*, foram realizadas para favorecer melhor desempenho dos estudantes. No mobiliário foram incluídos os seguintes itens: mesa de cabeceira, telefone, cavalinho e bolas obstétricas e em materiais hospitalares houve a inclusão de ocitocina, antibiótico, anti-hipertensivos, óculos de proteção, além de um globo de segurança de Pinard no item manequins e bonecos. No apêndice B tivemos a mudança.

## 6 DISCUSSÃO

Sabe-se que o profissional de enfermagem tem que ter um raciocínio crítico e reflexivo de forma ágil. Acredita-se que tal ação possa ser aperfeiçoada nos indivíduos pelo emprego de metodologias ativas no ensino de graduação. Neste contexto, os laboratórios de simulação têm contribuído para que os futuros enfermeiros atendam a esta demanda de sua profissão (RODRIGUES, 2017).

Estudo descreveu que a simulação realística causa uma elevação no nível de estresse dos alunos. Entretanto, a vivência do aluno sobre acontecimentos que enfrentarão no contexto profissional futuro agrega conhecimentos, técnicos e não técnicos, que são chaves na atuação profissional (BAPTISTA et al, 2014). Para minimizar o estresse durante a prática simulada os docentes podem adaptar os cenários e pontos de avaliação de acordo com o perfil de seus alunos.

Os benefícios proporcionados pela simulação aos discentes são essenciais, como propiciar a vivencia de um cenário próximo ao real, corrigir erros cometido pelos discentes durante a pratica, repetir técnicas até se tornar hábil e poder formar uma discussão de discente e professor a fim de elencar os pontos de dificuldades e chegar em maneiras de corrigir. O gerenciamento das situações proporcionadas pela simulação realística fora da clínica leva a pratica dos discentes e profissional uma redução de risco de eventos adversos, qualificação do profissional, aumenta a segurança do paciente e evita exposição do mesmo (MELO et al, 2016).

No que se refere à assistência humanizada ao trabalho de parto e parto vaginal, a simulação auxilia na fixação de conhecimentos importantes, tais como: fisiologia do trabalho de parto, manejo não-farmacológico para alívio da dor no processo de parto, direitos e protagonismo da mulher no processo de parturição, recepção do RN, entre outros (OLIVEIRA et al, 2014). Ainda que a assistência obstétrica especializada seja ensinada na pós-graduação, os enfermeiros generalistas estudam o tema durante a graduação e estão aptos a prestar assistência, se houver necessidade, em um contexto sem um enfermeiro ou médico obstetra.

Legislação – A assistência à gestante, o acompanhamento do trabalho de parto e a execução do parto sem distócia estão entre as atribuições dos enfermeiros generalistas enquanto integrantes das equipes de Saúde, conforme o artigo 11 da Lei 7498/86. Os enfermeiros obstétricos e obstetizes, especialistas em parto normal, têm autonomia profissional na assistência, conforme o artigo 9º do decreto 94.406/87 (COFEN, 1986).

Para que a simulação ocorra no ensino, o processo de elaboração do cenário começa muito antes, e o método de elaboração e validação é rigoroso considerando os objetivos almejados para cada prática simulada (PONCE DE LEON, et al. 2018). Os dois cenários validados nesse estudo partiram de um objetivo comum mais amplo de se desenvolver com os graduandos em enfermagem a assistência humanizada ao trabalho de parto e parto. Nada impede que estes sejam utilizados em cursos de especialização em enfermagem obstétrica ou mesmo em treinamento em serviço com enfermeiros já atuantes.

A mensuração do IVC foi o método escolhido para se analisar os dados acerca da validação do cenário. O IVC representa a proporção de juízes que concordam sobre determinado (s) aspecto (s) dos instrumentos avaliados sobre o cenário (PONCE DE LEON et al, 2018). Para tal, os juízes preencheram um instrumento contendo uma escala *likert* com 4 alternativas de respostas (totalmente inadequado, inadequado, mas pode ser refeito, adequado com pequenos ajustes e totalmente adequado). Considerou-se a terceira e quarta respostas para o cálculo. Neste estudo ambos os cenários obtiveram IVC de 1,0, o que representa que os juízes concordaram em 100% das vezes que cada item analisado estava parcialmente adequado ou adequado.

Autores defendem que no processo de avaliação individual dos itens, deve-se levar em consideração o número de juízes. Quando se têm a participação de cinco ou menos juízes, todos devem concordar para que seja representativo, ou seja, o IVC tem que ser igual a 1,0, assim como foi alcançado neste estudo (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Estudo, que realizou a validação de cenário para simulação clínica no manejo da hemorragia pós-parto, obteve um IVC de 0,99. O cenário foi considerado válido porque o corpo de juízes continha 22 profissionais, nesse caso o parâmetro mínimo do IVC respaldado na literatura é de 0,78. Houve como limitação do estudo a dificuldade dos juízes em responder em tempo hábil (ANDRADE et al, 2019).

Em outro estudo, que utilizou o mesmo método que foi utilizado neste estudo, com validação de cenários para simulação em enfermagem materno-infantil os resultados obtidos foram parecidos. O IVC dos dois casos alcançou 0,81, porém a escala *likert* preenchida pelos juízes continha apenas três parâmetros (inadequado, parcialmente inadequado e inadequado), enquanto a escala *likert* aplicada neste estudo continha quatro. Não é possível afirmar, porém pode-se supor que essa diferença possa ter impactado o IVC. O referencial teórico seguido para o parâmetro mínimo do IVC foi de 0,75, portanto os cenários foram considerados validados com o IVC de 0,81 (PONCE DE LEON et al, 2018).

Existem diferentes métodos para realizar uma validação de cenário para simulação. Em um estudo sobre validação de cenário para administração segura de medicamentos a ser empregado na educação permanente de profissionais, os pesquisadores preconizaram o método de treinar o cenário com o corpo de atores, docentes e outros participantes, antes do momento de validação com juízes. Deste modo, eles tentaram já identificar possíveis falhas ou pontos a serem melhorados antes da validação em loco, apresentando aos juízes um cenário mais próximo do ideal, minimizando a necessidade de ajustes (COGO et al, 2019). Esta não foi uma preocupação para as pesquisadoras deste estudo, pois os profissionais selecionados como juízes já têm experiência com estudos de validação e com simulação como método de ensino. Além disso, os atores e alunos inseridos no cenário eram todos alunos do curso de graduação em Enfermagem da UnB (campus Ceilândia) e já estavam familiarizados com cenários simulados em saúde materno-infantil.

Outro método de validação de cenário, denominado Delphi também e utilizado na área da saúde, este método consiste em uma validação a distância, onde os pesquisadores enviam eletronicamente para os juízes uns questionários estruturados e esse preenchimento e feito por meio de “rounds” ou rodadas. Onde na primeira etapa consiste basicamente na seleção dos juízes pelos pesquisadores e são convidados através do questionário a dar sua opinião sobre determinado assunto por meio de um questionário “avaliador”, e as etapas e questionários seguintes são elaborados a partir da análise e avaliação dos pesquisadores sobre as respostas anteriores. É considerado validado o instrumento quando a concordância dos juízes for entre 50% a 80% (REVORÊDO et al, 2015).

O *debriefing* é descrito como a parte mais importante da simulação realística no processo de ensino, pois nesta etapa formadores e formandos reexaminam as experiências vividas durante o cenário, onde se dá respostas sobre possíveis erros cometidos e se abre fala para que todos compartilhem sua experiência (COUTINHO et al, 2014). No processo de validação uma preocupação do pesquisador é propor um instrumento que atenda aos objetivos propostos para o cenário e consiga guiar os facilitadores no processo de *debriefing*, quando o cenário for utilizado no ensino.

Os instrumentos validados para o *debriefing* de ambos os cenários foram cuidadosamente pensados para que facilitasse a observação do docente durante a execução do cenário sistematizando os pontos de avaliação. Optou-se por dividir os aspectos avaliados em tópicos que atendem as necessidades de cada cenário. Foram considerados aspectos avaliados práticas essenciais, porém no uso desses cenários no ensino o docente pode se deparar com

condutas não tão essenciais desempenhadas pelos alunos e estes serem pontos de destaque no momento do diálogo com os alunos no *debriefing*.

Na elaboração desse instrumento é importante que os pesquisadores tenham cuidado porque há uma tendência de se elencar muitos aspectos a serem avaliados, porém o tempo de execução do cenário não costuma exceder 30 minutos, o que muitas vezes inviabiliza que os alunos consigam desempenhar todos os aspectos. Por isso a importância de se elencar aspectos prioritários ou essenciais e se considerar outras questões desempenhadas pelos alunos durante a simulação.

Ter um instrumento para *debriefing* no ensino facilita que cada aluno inserido naquele cenário seja avaliado da mesma maneira pelo professor e que a condução do *debriefing* priorize as mesmas ações, por isso deve ser cuidadosamente pensado e validado. Outro estudo de validação de cenários para assistência materno-infantil, também validou instrumentos com estrutura parecida para conduzir o *debriefing*. Esses cuidados com a validação do instrumento de *debriefing* são importantes também pelo estado emocional dos alunos afetado pela ansiedade e nervosismo durante todo o cenário (PONCE DE LEON et al, 2018).

Uma limitação enfrentada pela equipe de pesquisa para a validação de ambos os cenários foi a quantidade de juízes, apesar das literaturas defenderem que o mínimo de juízes que para uma validação seja de 03 juízes, as pesquisadoras gostariam de ter tido um número maior de especialista da área para analisar ambos os cenários. Essa limitação ocorreu devido a disponibilidade e até mesmo um déficit da área de obstetrícia quanto a profissionais especializados.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A humanização como pilar da maioria da maioria das Políticas de Saúde vigentes no Brasil é importante tema a ser desenvolvido na graduação das profissões ligadas à saúde. No cenário do parto e nascimento esse componente é ainda mais presente e vem ganhando importância nas últimas décadas. Preparar um aluno para ser um enfermeiro que presta um cuidado humanizado não é tarefa fácil e acredita-se que os cenários validados nesse estudo possam contribuir nesse sentido.

Ao final desta pesquisa conclui-se que os objetivos propostos foram alcançados. Mais do que buscar um IVC aceitável este grupo de pesquisadoras buscou elaborar um cenário muito próximo ao real para que os alunos possam internalizar a humanização e a prática baseada em evidências na assistência ao parto. As contribuições dos juízes durante a validação foram essenciais para os ajustes finais do cenário e do instrumento proposto para o *debriefing*.

Considera-se este como um estudo de grande importância para o ensino em enfermagem, uma vez que as metodologias ativas estão sendo cada vez mais incentivadas e se possui cada vez mais evidências de suas vantagens. Na Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia, na área de cuidado à mulher e criança esse método já é utilizado há algum tempo, sempre se aprimorando o realismo dos cenários. E a partir desses estudos de validação os docentes poderão se utilizar destes cenários já validados.

Espera-se que estes cenários sejam utilizados posteriormente como metodologia ativa de ensino por outras universidades, enfatizando aos alunos a importância da humanização nas práticas clínicas de trabalho de parto e parto e também no ensino permanente de profissionais de centros obstétricos.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, AG et al. **O uso da simulação realística como metodologia de ensino e aprendizagem para as equipes de enfermagem de um hospital infanto-juvenil: relato de experiência.** Revista Ciência & Saúde. v. 7, n. 3, p. 162-166. 2014.
- ALEXANDRE, NMC; COLUCI, MZO. **Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medida.** Ciência & Saúde Coletiva, v.16, n.7, p.3061-3068, 2011.
- ALMEIDA, NAM et al. **Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição.** Revista Latino-Americana de Enfermagem. v.13, n. 1, p. 52-58. 2005.
- ANDRADE, PON et al. **Validação de cenário de simulação clínica no manejo da hemorragia pós-parto.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 72, n. 3, p. 624-631, 2019.
- ANDRADE, PON. **Construção e validação do cenário de simulação clínica no manejo da hemorragia pós-parto.** 2016. 105f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife. 2016.
- BAJAJ, K et al. **Validating Obstetric Emergency Checklists using Simulation: A randomized controlled trial.** American Journal of Perinatology, v.33, n.12, p.1182-1190, 2016.
- BANGA, FR et al. **The impact of transmural multiprofessional simulation-based obstetric team training on perinatal outcome and quality of care in the Netherlands.** BMC Medicine Education. v.175, n.14, p.1-9, 2014.
- BAPTISTA, RCN et al. **Simulação de alta-fidelidade no curso de enfermagem: Ganhos percebidos pelos estudantes.** Revista Enfermagem Referência. v. 4, n. 1, p. 135-144, 2014.
- BARROS, SMO. **Enfermagem Obstétrica e Ginecológica: Guia para a prática Assistencial.** 2.Ed. São Paulo: Editora Rocca, 2009.
- BARRETO, DG et al. **Simulação realística como estratégia de ensino para o curso de graduação em enfermagem: Revisão integrativa.** Revista Baiana de Enfermagem. v. 28, n.2, p.2018-214, 2014.
- BARBIERI, M et al. **Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto.** Acta Paulista de Enfermagem. v. 26, n.5, p. 478-484, 2013.
- BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm). Acesso em: 26 de abril de 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Portaria Nº 1.459/GM, de 24 de junho de 2011.** Institui, no

âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Brasília, DF, 2011. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html). Acesso em: 26 de abril de 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Cadernos de Atenção Básica, n. 32. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012a. 318p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, 2012**. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, jun, seção 1, p. 59, 2012b.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. Brasília: Ministério da Saúde, Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2016. 381p.

BRASIL. GC. **Simulação realística como estratégia de ensino na enfermagem materno infantil**. 2017. 142f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Brasília. 2017.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7498.htm). Acesso em: 22 de Abril de 2020.

COGO, ALP et al **Construção e desenvolvimento de cenários de simulação realística sobre a administração segura de medicamentos**. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 40, n. spe, p. 1-5, 2019.

COSTA, SAM. **Rede Cegonha e a atenção à saúde da mulher em maternidade**. 2016. 96f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

COSTA, RRO *et al*. **O uso da Simulação no contexto da educação e formação em saúde e enfermagem: uma reflexão acadêmica**. Rev. Espaço para Saúde. Londrina, v.16, n.1, p.59-65, 2015.

COSTA, RRO et al. **A simulação no ensino de enfermagem: reflexões e justificativas a luz da bioética e dos direitos humanos**. Acta Bioethica. v. 24, n. 1, p. 31-38. 2018.

COUTINHO, VRD et al. **Construção e validação da escala de avaliação do debriefing Associado à Simulação**. Revista de Enfermagem Referencia, v. Série IV, n. 2, p. 41-50, 2014.

DAVIM, RMB et al. **Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturiente no trabalho de parto**. Revista da Escola de Enfermagem da USP. v.43, n.2, p.438-445, 2008.

DIAS, RS; VIEIRA, HWD. **Práticas assistenciais no pré-parto, parto e pós-parto imediato: experiência de uma enfermeira residente em obstetrícia**. REVISA. v.8, n.3, p. 348-355. 2019.

FÉLIX, HCR et al. **Sinais de alerta e de trabalho de parto: conhecimento entre gestantes.** Revista Brasileira Saúde Materno Infantil, Recife. v.19, n.2, p. 343-349. 2019.

FERREIRA, Claudenice. **Impacto da metodologia de simulação realística, enquanto tecnologia aplicada a educação nos cursos de saúde.** Anais do Seminário Tecnologias Aplicadas a Educação e Saúde, v. 1, n. 1, 2015

FRANCISCO, RPV et al. **Parto e Puerpério.** In: Zugaib obstetrícia/ [ed. Marcelo Zugaib]. 2ed. Barueri, SP: Editora Manole, p.323-379, 2012.

GÓES, Ferenanda dos Santos Nogueira et al, **Desenvolvimento de casos clínicos para o ensino do raciocínio diagnóstico.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v.16, n.1, p.44-51, 2014.

GUILBERT, M; ADAMSON, KA. Making Sense of Methods and Measurement: Validation part II. **Clinical Simulation in Nursing**, v.12, n.7, 275-276, 2016.

HAPPEL, C. S. et al. **Evaluating simulation education via electronic surveys immediately following live critical events: a pilot study.** Hosp Pediatr. v. 2, n. 5, p. 96- 100, 2015.

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.

LEAL, MC et al. **Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual.** Cadernos de Saúde Pública. v.30, Suplemento, p.S17-S47. 2014.

LEISTER, N; RIESCO, MLG. **Assistência ao parto: História oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980.** Texto Contexto Enfermagem. v.22, n.1, 2013. p.166-74.

MAMEDE, FV et al. **Movimentação/deambulação no trabalho de parto: uma revisão.** Acta Scientiarum. Health Sciences, v. 26, n. 2, p. 295-302, 31 mar. 2004.

MARCOMINI E.K. et al..**Influência da simulação realística no ensino e aprendizado da enfermagem.** Rev varia scientia-cienc saúde [Internet]. 2017 [cited 2020 Agost 18];3(2):233-40.Available from: <http://e-revista.unioeste.br/index.php/variasaude/article/view/17687/12260>

MATOS, TA et al. **Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significados para as mães e contribuições para a enfermagem.** Revista Brasileira de Enfermagem, v.63, n.6, p.998-1004. 2010.

MELO, MCB et al. **Ensino mediado por técnicas de simulação e treinamento de habilidades de comunicação na área da saúde.** Revista Médica de Minas Gerais. v. 26, p.e-1805, 2016.

MIRANDA, FBG et al. **Uso da simulação de alta fidelidade no preparo de enfermeiros para o atendimento de urgências e emergências: revisão da literatura.** Scientia Medica, v.28, n.1, p.ID28675, 2018.

MONTENEGRO CAB. **Rezende Obstetrícia fundamental**. 13ªed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan. 2014. 751p.

OLIVEIRA, SN et al. **Utilização da simulação no ensino da enfermagem: revisão integrativa**. Revista Mineira de Enfermagem, v.18, n.2, p.487-504, 2014.

OPAS BRASIL. **OMS define 2020 como ano internacional dos profissionais de enfermagem e obstetrícia**. 3 de Janeiro de 2020. Disponível em: <<https://tecnoblog.net/247956/referencia-site-abnt-artigos/>>. Acesso em: 15 de Abril de 2020.

PALAZZO, S; GATTO, MAF. **Análise dos procedimentos e recursos de proteção utilizados nas posições cirúrgicas**. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

PONCE DE LEON, Cassandra et al. **Construção e validação de casos clínicos para utilização no ensino de enfermagem no contexto materno-infantil**. Revista de Enfermagem Referência. v. ser IV, n. 18, p. 51-62. 2018.

PONTES, MGA et al. **Parto nosso de cada dia: Um olhar sobre as transformações e perspectivas da assistência**. Revista Ciência e Saúde Nova Esperança. v. 12, n. 1, p. 69-78. 2014.

RATTNER, D. **Humanizing childbirth care: brief theoretical framework**. Interface – Comunicação, Saúde e Educação, v.13, supl.1, p.595-602, 2009.

REWORÊDO, LS; MAIA, RS; TORRES, GV; MAIA, EMC. **O uso da técnica Delphi em saúde: uma revisão integrativa de estudos Brasileiros**. Arquivos de Ciências da Saúde, v.22, n. 2, p. 16-22. 2015.

RICCI, SS. **Anatomia e fisiologia do sistema reprodutor**. Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan. p. 24-31. 2008.

RODRÍGUEZ-DÍEZ, MC et al. **Confidence assessment among medical students trained with an obstetric simulator**. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. v.36, n.2, p.275-280, 2013.

RODRIGUES, IDCV. **Simulação realística no processo de ensino e aprendizagem do raciocínio diagnóstico de enfermagem**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2017. 19p.

ROCHA, IMS et al. **O partograma como instrumento de análise a assistência ao parto**. Revista da Escola de Enfermagem da USP. v. 43, n. 4, p. 880-888. 2008.

ROCHA, SAM. **Ingestão alimentar como contributo para o conforto no trabalho de parto**. 2018. 75f. Tese (Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica) - Escola Superior de Enfermagem Lisboa. Lisboa. 2018.

- SANTO, S. New FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring – a summary  
Guidelines para monitorização fetal intraparto – resumo do novo consenso da FIGO de 2015.  
p.8-11.
- SANTOS, IS; OKAZAKI, ELFJ. **Assistência de Enfermagem ao parto humanizado.** Rev. Enfermagem UNISA. v. 13, n. 1, p. 64-68. 2012.
- SANTOS, RB; RAMOS, KS. **Sistematização da assistência de enfermagem em centro obstétrico.** Revista Brasileira de Enfermagem. v. 65, n. 1, p. 13-18. 2012a.
- SOUZA, JP; CASTRO, CP. **Sobre o parto ao nascer a importância da prevenção quaternária.** Cad Saúde Pública, v.36, n.4, p.S11-S13, 2014.
- SOUZA, ALT et al. **Uso de simulador realístico de alta fidelidade no ensino da fisiologia humana no curso de enfermagem.** Revista de Graduação USP. v.3, n.2, p.113-118, 2018.
- SHARDOSIM, JM. **A influência do ambiente e das práticas empregadas no trabalho de parto e parto no bem-estar do recém-nascido.** 2018. 160f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, Brasília, 2018.
- SILVA, EF. **Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante trabalho de parto e parto.** Revista de enfermagem da UFSM. v.1, n.12, p. 261-271. 2011.
- SILVA, IA et al. **Percepção das puérperas acerca da assistência de enfermagem no parto humanizado.** Revista UNINGÁ. v.17, n.2, p. 37-43. 2017.
- TEIXEIRA, CRS et al. **O uso de simulador no ensino de avaliação clínica em enfermagem.** Texto & Contexto – Enfermagem. v. 20, n. esp, p. 187-193. 2011.
- TELES, LMR et al. **Parto com acompanhante e sem acompanhante: A opinião das puérperas.** Cogitare Enfermagem. v.15, n.4, p. 688-694. 2010.
- VASCONCELOS, KL et al. **Partograma: instrumento para segurança na assistência obstétrica.** Revista de enfermagem. UFPE. v. 7, n. 2, p. 619-624. 2013.
- WAXMAN, KT. **The Development of Evidence-Based Clinical Simulation Scenarios: Guidelines for Nurse Educators.** Journal of Nurses Education, v.49, n.1, p.29-35, 2010.
- WHO, World Health Organization. Maternal and Newborn Care/ Safe Motherhood Unit of the World Health Organization/ Care in Normal Birth: a practical guide. Geneva: World Health Organization, 1996. 58p.
- WHO, World Health Organization. **WHO Recommendations. Intrapartum care for a positive childbirth experience.** 2018. 200p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=C55D71C0307C5D8C1DC69EB664D334D3?sequence=1>. Acesso em: 26 de abril de 2020.

YAMANE M.T. et al., **Simulação realística como ferramenta de ensino na saúde: uma revisão integrativa.** Rev. Espaço para a Saúde. 2019 Jul.;20(1):87-107. Doi 10.22421/15177130-2019v20n1p87.

### APÊNDICE A – Instrumento para Elaboração do Cenário

<b>Etapa 1 – Overview</b>	Assunto(s) Abordado(s):
	Complexidade: (    )Baixa Fidelidade    (    )Média Fidelidade    (    )Alta Fidelidade
	Fidelidade: (    )Baixa Fidelidade    (    )Média Fidelidade    (    )Alta Fidelidade
	Duração do Cenário:
	Sugestão de Quantitativo de Alunos Inseridos no Cenário:
	Necessidades Organizacionais:
<b>Etapa 1 – Overview</b>	Necessidades do Educador:
	Aprendizagem do aluno e habilidades/ competências a serem trabalhadas na simulação:
<b>Etapa 2 - Scenario</b>	<p>Descrição do caso clínico embasada em evidências científicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Descrição sucinta a ser apresentada aos alunos no início do cenário</li> <li>- Descrição completa do cenário</li> </ul>

<b>Etapa 3 – Scenario Design Progression</b>	Plano de Eventos do Cenário:	
	Atores e seus papéis:	
	1-	4-
	2-	5-
	3-	6-
	Scripts ou ações e falas de cada ator/ papel:	
	Ambiente do cenário simulado:	
	<input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde <input type="checkbox"/> Hospital, unidade: _____ <input type="checkbox"/> Local Público, qual? _____ <input type="checkbox"/> Outro, _____	
Materiais necessários para montagem do ambiente e responsável:		
Mobiliário/ Decoração:	Responsável:	
Materiais médico-hospitalares/	Responsável:	
Prontuário e outros documentos contendo informações clínicas relevantes:	Responsável:	
Manequins/ bonecos:	Responsável:	
Figurino dos atores:	Responsável:	
Maquiagens:	Responsável:	

### APÊNDICE B – Instrumento para *Debriefing*

<b>Título do Cenário:</b>				
<b>Ambiente:</b>				
Alunos Avaliados: _____ _____				
Descrição Sucinta do Caso Clínico:				
Objetivo da Aprendizagem:				
Duração do Cenário:				
<b><i>Check List de Habilidades e Conhecimentos Esperados dos Alunos</i></b>				
Os itens serão elaborados de acordo com cada caso e cenário	<b>Não Realizado</b>	<b>Inadequado</b>	<b>Parcialmente Adequado</b>	<b>Adequado</b>
Os itens serão elaborados de acordo com cada caso e cenário				
Os itens serão elaborados de acordo com cada caso e cenário				
Os itens serão elaborados de acordo com cada caso e cenário				

Aspectos positivos a serem destacados:

---



---



---



---

Aspectos a serem melhorados ou condutas inadequadas:

---



---



---



---

Professoras Avaliadoras: \_\_\_\_\_

### APÊNDICE C – Instrumento para Validação do Cenário

<b>Título do Cenário:</b>				
<b>Ambiente:</b>				
<b>Aspectos Analisados</b>	<b>Totalmente Inadequado</b>	<b>Inadequado,</b>	<b>Adequado, mas requer ajuste</b>	<b>Adequado sem necessidade de ajuste</b>
Plausibilidade do caso clínico				
Realismo				
Aderência às evidências científicas disponíveis				
Complexidade em relação ao nível de conhecimento e habilidades do aluno				
Descrição do caso				
Informações fornecidas ao aluno antes da simulação				
Dados fornecidos ao aluno durante a simulação				
Apoio fornecido ao aluno durante a simulação				
Objetivos de aprendizagem				
Promoção do pensamento crítico				
Promoção da capacidade de priorizar avaliações e intervenções de enfermagem				
Promoção da resolução autônoma de problemas				
Adequação do simulador ao caso clínico				
Parâmetros do simulador condizentes com o caso clínico				
Ambiente simulado				
Materiais e equipamentos disponíveis aos alunos				
Aspectos avaliados no <i>debriefing</i> ( <i>checklist</i> )				
Reflexão e análise das ações no <i>debriefing</i>				
Síntese e feedback ao aluno no <i>debriefing</i>				



Quadro 5 - Pontuação dos Juízes adaptado a partir do estudo de Góes; Dalri; Fonseca; Canini; Scochi, 2014.

<b>Categorização</b>	<b>Itens</b>	<b>Pontuação</b>	<b>Obtidos</b>
<b>Titulação</b>	Pós-Doutor em Enfermagem	1	
	Doutor em Enfermagem	1	
	Mestre em Enfermagem	1	
	Especialização em Enfermagem	1	
	Especialização em assistência Materno-Infantil.	1	
<b>Experiência Profissional Assistencial</b>	Área hospitalar: urgência e emergência pediátrica ou gineco-obstétrica.	2	
	Área assistencial/hospitalar: saúde da mulher/neonatologia/ pediatria.	2	
	Atenção básica: saúde da mulher e/ou pediatria	2	
<b>Experiência Profissional no Ensino</b>	Área hospitalar: urgência e emergência pediátrica ou gineco-obstétrica.	2	
	Área hospitalar: saúde da mulher/neonatologia/ pediatria.	2	
	Atenção básica: saúde da mulher e/ou pediatria	2	
<b>Desenvolvimento/Orientação de pesquisa</b>	Enfermagem em urgência e emergência pediátrica e/ou gineco-obstétrica.	2	
	Enfermagem em saúde materno-infantil (saúde da mulher, neonatologia ou pediatria).	2	
<b>Publicações</b>	Artigo, livro ou capítulo sobre cuidados de enfermagem em assistência materno-infantil (saúde da mulher, neonatologia ou pediatria).	2	
	Artigo, livro ou capítulo sobre simulação no ensino de enfermagem.	2	

## APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – Alunos

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa “Construção e validação de cenários para simulação em saúde materno-infantil para ensino no curso de graduação em enfermagem”, sob a responsabilidade das pesquisadoras Alecssandra Viduedo, Casandra Ponce de Leon, Juliana Schardosim e Laiane Ribeiro. O projeto visa a validação de cenários que serão utilizados em simulação com os alunos do curso de enfermagem no ensino em enfermagem materno-infantil. A simulação é uma forma de treinar os alunos antes de suas atividades práticas com pacientes, podendo treinar procedimentos e postura profissional nas situações simuladas.

O objetivo desta pesquisa é elaborar e validar casos clínicos e cenários no âmbito da enfermagem em saúde materno-infantil para utilização em simulação realística no curso de graduação em enfermagem.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido em sigilo pela omissão total de informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de atuação na simulação realística de um cenário desconhecido para você sem qualquer informação a respeito da situação que será simulada, como ocorre no ensino do curso de graduação em enfermagem. Apesar de não ser uma atividade avaliativa espera-se que você se empenhe para resolver a situação clínica como se estivesse sendo avaliado em situação de ensino. Pelo fato de você ter que resolver a situação clínica em frente aos juízes pode ser que você sinta constrangimento, podendo desistir caso seja sua vontade. O tempo estimado de sua participação é de cerca de 60 minutos.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são desconforto ou constrangimento, cansaço físico ou mental e aborrecimento por estar sendo submetido à simulação como se fosse um aluno sendo avaliado na solução do cenário. Se você aceitar participar, estará contribuindo para o conhecimento acerca da simulação realística no ensino em enfermagem e na utilização de cenários elaborados com maior rigor científico, além da divulgação desses cenários por meio da publicação científica.

Você 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 você.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, todos os materiais e objetos necessários à realização da simulação serão providenciados pelas pesquisadoras. Também não há compensação financeira relacionada a sua participação, que será voluntária. Se existir qualquer despesa adicional relacionada diretamente à pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) a mesma será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados em trabalhos de conclusão de curso (TCC) na UnB – FCE, podendo ser publicados posteriormente em revistas científicas. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Alecssandra de Fátima Silva Viduedo (Fone:(11)963595737/ E-mail:aleviduedo@hotmail.com), Casandra Ponce de Leon (Fone:(61)99196.6557/ E-mail:

casandra@unb.br), Juliana Machado Schardosim (Fone:(51)992550191/ E-mail:jumachadoju@hotmail.com) e Laiane Medeiros Ribeiro (Fone:(61)983491924/ E-mail:lainha@gmail.com), os telefones estão disponíveis inclusive para ligação a cobrar.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia (CEP/FCE) 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. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-8434 ou do e-mail cep.fce@gmail.com, horário de atendimento das 14h:00 às 18h:00, de segunda a sexta-feira. O CEP/FCE se localiza na Faculdade de Ceilândia, Sala AT07/66 – Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED) – Universidade de Brasília - Centro Metropolitano, conjunto A, lote 01, Brasília - DF. CEP: 72220-900.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

---

Nome / assinatura

---

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura (deve ser a original)

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

## APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – Atores

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa “Construção e validação de cenários para simulação em saúde materno-infantil para ensino no curso de graduação em enfermagem”, sob a responsabilidade das pesquisadoras Alecssandra Viduedo, Casandra Ponce de Leon, Juliana Schardosim e Laiane Ribeiro. O projeto visa a validação de cenários que serão utilizados em simulação com os alunos do curso de enfermagem no ensino em enfermagem materno-infantil. A simulação é uma forma de treinar os alunos antes de suas atividades práticas com pacientes, podendo treinar procedimentos e postura profissional nas situações simuladas.

O objetivo desta pesquisa é elaborar e validar casos clínicos e cenários no âmbito da enfermagem em saúde materno-infantil para utilização em simulação realística no curso de graduação em enfermagem.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido em sigilo pela omissão total de informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de ensaio e atuação na simulação realística de um cenário desempenhando um papel específico. Pelo fato de você atuar em frente aos juízes, pessoas desconhecidas por você, pode ser que você sinta constrangimento, podendo desistir caso seja sua vontade. O tempo estimado de sua participação é de cerca de 60 minutos.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são desconforto, constrangimento ou cansaço físico por estar sendo assistido por outras pessoas (juízes e pesquisadoras). Se você aceitar participar, estará contribuindo para o conhecimento acerca da simulação realística no ensino em enfermagem e na utilização de cenários elaborados com maior rigor científico, além da divulgação desses cenários por meio da publicação científica.

Você 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 você.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, todos os materiais e objetos necessários à realização da simulação serão providenciados pelas pesquisadoras. Também não há compensação financeira relacionada a sua participação, que será voluntária. Se existir qualquer despesa adicional relacionada diretamente à pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) a mesma será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados em trabalhos de conclusão de curso (TCC) na UnB – FCE, podendo ser publicados posteriormente em revistas científicas. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Alecssandra de Fátima Silva Viduedo (Fone:(11)963595737/ E-mail:aleviduedo@hotmail.com), Casandra Ponce de Leon (Fone:(61)99196.6557/ E-mail:casandra@unb.br), Juliana Machado Schardosim (Fone:(51)992550191/ E-mail:jumachadoju@hotmail.com) e Laiane Medeiros Ribeiro (Fone:(61)983491924/ E-mail:lainha@gmail.com), os telefones estão disponíveis inclusive para ligação a cobrar.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia (CEP/FCE) 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. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-8434 ou do e-mail cep.fce@gmail.com, horário de atendimento das 14h:00 às 18h:00, de segunda a sexta-feira. O CEP/FCE se localiza na Faculdade de Ceilândia, Sala AT07/66 – Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED) – Universidade de Brasília - Centro Metropolitano, conjunto A, lote 01, Brasília - DF. CEP: 72220-900.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

---

Nome / assinatura

---

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura (deve ser a original)

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

## APÊNDICE G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – Juízes

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa “Construção e validação de cenários para simulação em saúde materno-infantil para ensino no curso de graduação em enfermagem”, sob a responsabilidade das pesquisadoras Alecssandra Viduedo, Casandra Ponce de Leon, Juliana Schardosim e Laiane Ribeiro. O projeto visa a validação de cenários que serão utilizados em simulação com os alunos do curso de enfermagem no ensino em enfermagem materno-infantil. A simulação é uma forma de treinar os alunos antes de suas atividades práticas com pacientes, podendo treinar procedimentos e postura profissional nas situações simuladas.

O objetivo desta pesquisa é elaborar e validar casos clínicos e cenários no âmbito da enfermagem em saúde materno-infantil para utilização em simulação realística no curso de graduação em enfermagem.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido em sigilo pela omissão total de informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação consistirá em assistir às simulações realizadas por estudantes e sua avaliação ocorrerá mediante o preenchimento de um checklist, com tópicos pertinentes a cada cenário e terá permissão para anotar considerações que achar relevante. O tempo total programado para esta atividade será de 60 minutos para cada cenário que aceitar avaliar, sendo 10 a 20 minutos para demonstração do cenário e 10 a 20 minutos para demonstração do *Debriefing* e o restante para discussão sobre pontos relevantes observados durante o caso simulado, envolvendo os atores, estudantes, alunos e os avaliadores especialistas.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são desconforto, constrangimento ou cansaço físico por estar avaliando e propondo mudanças para os cenários. Se você aceitar participar, estará contribuindo para o conhecimento acerca da simulação realística no ensino em enfermagem e na utilização de cenários elaborados com maior rigor científico, além da divulgação desses cenários por meio da publicação científica.

Você 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 você.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, todos os materiais e objetos necessários à realização da simulação serão providenciados pelas pesquisadoras. Também não há compensação financeira relacionada a sua participação, que será voluntária. Se existir qualquer despesa adicional relacionada diretamente à pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) a mesma será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados em trabalhos de conclusão de curso (TCC) na UnB – FCE, podendo ser publicados posteriormente em revistas científicas. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Alecssandra de Fátima Silva Viduedo (Fone:(11)963595737/ E-mail:aleviduedo@hotmail.com), Casandra Ponce de Leon (Fone:(61)99196.6557/ E-mail:casandra@unb.br), Juliana Machado Schardosim (Fone:(51)992550191/ E-

mail:jumachadoju@hotmail.com) e Laiane Medeiros Ribeiro (Fone:(61)983491924/ E-mail: lainha@gmail.com), os telefones estão disponíveis inclusive para ligação a cobrar.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia (CEP/FCE) 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. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-8434 ou do e-mail cep.fce@gmail.com, horário de atendimento das 14h:00 às 18h:00, de segunda a sexta-feira. O CEP/FCE se localiza na Faculdade de Ceilândia, Sala AT07/66 – Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED) – Universidade de Brasília - Centro Metropolitano, conjunto A, lote 01, Brasília - DF. CEP: 72220-900.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

---

Nome / assinatura

---

Pesquisador Responsável

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

## APÊNDICE H – Termo de Autorização de Uso de Imagem e Som

Eu \_\_\_\_\_,  
portador(a) do documento (RG ou CPF) \_\_\_\_\_, após conhecer e compreender os objetivos e métodos da pesquisa intitulada “Construção e validação de cenários para simulação em saúde materno-infantil para ensino no curso de graduação em enfermagem”, autorizo a utilização, apenas para fins científicos, das minhas imagens e som, obtidas por meio de gravação em áudio e vídeo de minha participação no estudo.

**Participação:** ( ) Ator/ Atriz      ( ) Aluno(a)      ( ) Juiz/ Juíza

**Data/ Horário de Participação:**

( ) \_\_\_/\_\_\_/2019      ( ) Manhã      ( ) Tarde

( ) \_\_\_/\_\_\_/2019      ( ) Manhã      ( ) Tarde

( ) \_\_\_/\_\_\_/2019      ( ) Manhã      ( ) Tarde

Para qualquer dúvida posterior à realização da validação dos cenários para simulação realística favor entrar em contato:

Alecssandra de Fátima Silva Viduedo (Fone:(11)963595737/ E-mail:aleviduedo@hotmail.com),

Casandra Ponce de Leon (Fone:(61)99196.6557/ E-mail: casandra@unb.br),

Juliana Machado Schardosim (Fone:(51)992550191/ E-mail:jumachadoju@hotmail.com) e

Laiane Medeiros Ribeiro (Fone:(61)983491924/ E-mail: lainha@gmail.com), os telefones estão disponíveis inclusive para ligação a cobrar.

Brasília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019

Participante: \_\_\_\_\_

Pesquisador Responsável: \_\_\_\_\_

## ANEXO 1 – Carta de Aprovação do Comitê de Ética

UNB - FACULDADE DE  
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE  
DE BRASÍLIA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE CENÁRIOS PARA SIMULAÇÃO EM SAÚDE MATERNO-INFANTIL PARA ENSINO NO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**Pesquisador:** Sra Juliana Machado Schardosim

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 03107418.5.0000.8093

**Instituição Proponente:** Faculdade de Ceilândia - FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.101.017

#### Apresentação do Projeto:

Segundo os autores,

"Trata-se de um estudo metodológico que inclui diferentes métodos para atender aos objetivos propostos. Para construção e validação dos cenários seguiremos os passos metodológicos propostos por Guilbert e Adamson (2016) a partir de recomendações da International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning (INACSL) em 5 fases:

**Etapa 1 - Overview:** Consistirá na reflexão sobre questões que embasarão a elaboração do cenário. A saber: necessidades organizacionais, do educador e de aprendizagem dos alunos, por exemplo as habilidades e/ou competências a serem trabalhadas na simulação.

**Etapa 2 - Scenario:** Consistirá na elaboração do cenário a partir de uma base teórica sólida, caso clínico relevante e ambiente próximo à realidade.

**Etapa 3 – Scenario Design Progression:** Consistirá na elaboração do plano de eventos da simulação, ou seja, papéis/ atores, scripts, e quando aplicável manequim/simulador e sua configuração. Ao final serão revisados todos os passos para verificar se estão adequados ao nível de aprendizado e objetivos propostos na etapa 1.

**Etapa 4 – Debriefing:** Esta etapa é um elemento central na simulação e inclui uma discussão centrada no aluno para melhoria da aprendizagem. No processo de construção e validação do cenário serão pensados nessa fase qual o melhor instrumento e pontos de discussão para o caso a

**Endereço:** UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66  
**Bairro:** CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) **CEP:** 72.220-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-8434 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

**UNB - FACULDADE DE  
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE  
DE BRASÍLIA**



Continuação do Parecer: 3.101.017

ser validado.

**Etapa 5 – Assessment:** Consistirá na avaliação pelos juízes de todos os documentos produzidos ao longo das etapas anteriores a partir da observação da simulação dos casos criados. Para tal será elaborado um instrumento de avaliação.

Para avaliar o efeito do uso da simulação clínica na aprendizagem cognitiva e no desempenho técnico científico dos alunos, será elaborado pelos pesquisadores um instrumento contendo questões fechadas referentes ao conteúdo escolhido para ser abordado na simulação em cada cenário elaborado para validação. Estes instrumentos serão específicos e abordarão conteúdos referentes ao conteúdo trabalhado em cada cenário, serão utilizados nos momentos de pré e pós-teste. Para identificar o nível de satisfação dos alunos e autoconfiança na aprendizagem quanto à metodologia da simulação realística será utilizada a Escala de Satisfação de Estudantes e Autoconfiança na Aprendizagem, ela é composta de 13 itens do tipo Likert de 5 pontos, e é dividida em duas dimensões (satisfação com a aprendizagem atual/05 itens e autoconfiança na aprendizagem/08 itens). Para avaliar os cenários simulados na percepção dos alunos será utilizada a Escala de Design da Simulação, esta possui a finalidade de avaliar a estruturação dos cenários. É um instrumento que possui 20 itens, divididos em duas subescalas, a primeira sobre o design da simulação e a segunda sobre a importância do item para o participante. Essas subescalas estão divididas em cinco fatores que avaliam: 1) Os objetivos e informações; 2) O apoio; 3) A resolução de problemas; 4) O feedback e reflexão; 5) O realismo. O padrão de resposta é do tipo Likert, de 5 pontos. De forma a analisar se o debriefing foi capaz de contribuir para aprendizagem e competência técnica eficaz do participante utilizaremos a Escala de Experiência com o Debriefing. Esta escala é composta por 20 itens, dividida em duas subescalas, a primeira diz respeito à avaliação da experiência com o debriefing, a segunda é chamada de importância do item, ambas respondidas numa escala do tipo Likert de 5 pontos. As subescalas estão divididas em quatro domínios: 1) Analisando os pensamentos e sentimentos; 2) Aprendendo e fazendo conexões; 3) Habilidade do professor em conduzir o debriefing; 4) Orientação apropriada do professor."

**Objetivo da Pesquisa:**

"Elaborar e validar casos clínicos e cenários no âmbito da enfermagem em saúde materno-infantil para utilização em simulação realística no curso de graduação em enfermagem."

Os objetivos específicos são:

- "• Elaborar os casos clínicos, cenários e instrumentos de avaliação específicos baseados em evidências científicas e na realidade vivenciada pelos estudantes e docentes.

**Endereço:** UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66  
**Bairro:** CEILANDIA SUL (CEILANDIA) **CEP:** 72.220-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-8434 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

**UNB - FACULDADE DE  
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE  
DE BRASÍLIA**



Continuação do Parecer: 3.101.017

- Submeter os casos, cenários e instrumentos elaborados à avaliação de profissionais atuantes em atendimentos de saúde materno-infantil e de alunos egressos para validação, conforme método descrito neste projeto.
- Identificar o nível de satisfação e autoconfiança na aprendizagem quanto à metodologia da simulação dos alunos do curso de graduação em enfermagem da UnB/FCE.
- Avaliar os cenários simulados na percepção dos alunos de graduação em enfermagem da UnB/FCE.
- Avaliar se o debriefing foi capaz de contribuir para aprendizagem e competência técnica eficaz do participante submetido à simulação realística."

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

"A participação dos voluntários na avaliação dos cenários pelos juízes não acarretará custos e garantiremos o sigilo sobre as identidades dos voluntários, no entanto, se os participantes se sentirem constrangidos em qualquer momento, terão o direito de recusar-se a participar ou desistir. Salienta-se que a exigência de aprovação na disciplina Cuidado Integral à Saúde da Mulher e da Criança como critério de inclusão para participação de alunos exclui a possibilidade do aluno se sentir obrigado à participar da pesquisa, uma vez que sua relação com as docentes implicadas no projeto não possuem mais relação aluno-professor vinculada ao ensino do mesmo. Acredita-se ainda que a participação de alunos, atores e juízes possa acarretar cansaço físico, pois para cada cenário a ser validado está previsto cerca de 60 minutos de atividades. Para minimizá-lo poderá ser realizado um período de intervalo entre os cenários e agendamento de no máximo dois cenários por dia, quando os participantes forem os mesmos."

Os benefícios são: "a participação tanto de alunos quanto dos profissionais na execução do cenário, proporcionará um momento de reforçar seus conhecimentos sobre a temática abordada, assim como troca de experiências acerca das situações clínicas anteriormente vivenciadas em comparação com a situação clínica simulada, enriquecendo o cenário em processo de validação e, posteriormente, o ensino em enfermagem materno-infantil."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um projeto de pesquisa das professoras Alecssandra de Fátima Silva Viduedo, Casandra R. G. M. Ponce de Leon, Juliana Machado Schardosim e Laiane Medeiros Ribeiro. O projeto de pesquisa prevê a participação de 15 pessoas.

**Endereço:** UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66  
**Bairro:** CEILANDIA SUL (CEILANDIA) **CEP:** 72.220-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-8434 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

**UNB - FACULDADE DE  
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE  
DE BRASÍLIA**



Continuação do Parecer: 3.101.017

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos foram corretamente apresentados.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Todas as pendências foram resolvidas.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Protocolo de pesquisa em consonância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Cabe ressaltar que compete ao pesquisador responsável: desenvolver o projeto conforme delineado; elaborar e apresentar os relatórios parciais e final; apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa; encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1253056.pdf	12/12/2018 15:28:14		Aceito
Outros	Carta_Resposta_CEP.pdf	12/12/2018 15:27:54	Sra Juliana Machado Schardosim	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	5NovoProjeto.doc	12/12/2018 15:25:11	Sra Juliana Machado Schardosim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	4NovoTCLEJuizes.doc	12/12/2018 15:24:59	Sra Juliana Machado Schardosim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	4NovoTCLEAtores.doc	12/12/2018 15:24:52	Sra Juliana Machado Schardosim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	4NovoTCLEAlunos.doc	12/12/2018 15:24:44	Sra Juliana Machado	Aceito

**Endereço:** UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66  
**Bairro:** CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) **CEP:** 72.220-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-8434 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

**UNB - FACULDADE DE  
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE  
DE BRASÍLIA**



Continuação do Parecer: 3.101.017

Justificativa de Ausência	4NovoTCLEAlunos.doc	12/12/2018 15:24:44	Schardosim	Aceito
Outros	LattesLaianeRibeiro.pdf	17/11/2018 12:26:56	Sra Juliana Machado Schardosim	Aceito
Outros	LattesCasandraPoncedeLeon.pdf	17/11/2018 12:26:47	Sra Juliana Machado Schardosim	Aceito
Outros	LattesAlecssandraViduedo.pdf	17/11/2018 12:26:36	Sra Juliana Machado Schardosim	Aceito
Outros	LattesJulianaSchardosim.pdf	17/11/2018 12:26:24	Sra Juliana Machado Schardosim	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	8TermoConcordanciaInstitucional.pdf	17/11/2018 12:26:13	Sra Juliana Machado Schardosim	Aceito
Orçamento	7Orcamento.doc	17/11/2018 12:25:52	Sra Juliana Machado Schardosim	Aceito
Cronograma	6Cronograma.doc	17/11/2018 12:25:45	Sra Juliana Machado Schardosim	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	5Projeto.doc	17/11/2018 12:25:34	Sra Juliana Machado Schardosim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	4TCLE_Alunos.doc	17/11/2018 12:20:03	Sra Juliana Machado Schardosim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	4TCLEJuizes.doc	17/11/2018 12:19:41	Sra Juliana Machado Schardosim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	4TCLEAtores.doc	17/11/2018 12:19:21	Sra Juliana Machado Schardosim	Aceito
Outros	3TermodeResponsabilidadeeCompromissoPesquisador.pdf	17/11/2018 12:08:11	Sra Juliana Machado Schardosim	Aceito
Outros	2CartaEncaminhamentoCEPAssinada.pdf	17/11/2018 12:07:26	Sra Juliana Machado Schardosim	Aceito
Folha de Rosto	1FolhadeRostoAssinada.pdf	17/11/2018 12:06:16	Sra Juliana Machado Schardosim	Aceito

**Endereço:** UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66  
**Bairro:** CEILANDIA SUL (CEILANDIA) **CEP:** 72.220-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-8434 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

UNB - FACULDADE DE  
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE  
DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.101.017

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BRASILIA, 21 de Dezembro de 2018

---

**Assinado por:**  
**Danielle Kaiser de Souza**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66  
**Bairro:** CEILANDIA SUL (CEILANDIA) **CEP:** 72.220-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-8434 **E-mail:** cep.fce@gmail.com