



Universidade de Brasília (UnB)
Faculdade de Ciências da Saúde (FS)
Departamento de Enfermagem

Cristian Jonas Mendonça Cartaxo

Construção e validação de cenário de simulação realística para rastreio de diabetes mellitus na atenção primária à saúde

Brasília
2024

Cristian Jonas Mendonça Cartaxo

Construção e validação de cenário de simulação realística para rastreamento de diabetes mellitus na atenção primária à saúde

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Enfermagem da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Fernanda Letícia Frates
Cauduro

Coorientador: Prof. Paulo Henrique Fernandes
dos Santos

Brasília
2024

FOLHA DE APROVAÇÃO

Cristian Jonas Mendonça Cartaxo

Construção e validação de cenário de simulação realística para rastreio de diabetes mellitus na atenção primária à saúde

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Enfermagem da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Data da aprovação: 12/07/2024

Fernanda Letícia Frates — Orientadora

Doutora em Ciências

Professora do Departamento de Enfermagem/ Faculdade de Ciências da Saúde (UNB)

Paulo Henrique Fernandes dos Santos — Coorientador

Mestre/Doutor em Ciências e Tecnologias em Saúde

Professora do Departamento de Enfermagem/ Faculdade de Ciências da Saúde (UNB)

Katiuscia Larsen de Abreu Aguiar — Membro Efetivo da Banca

Doutora em Ciências da Saúde

Professora do Departamento de Enfermagem/ Faculdade de Ciências da Saúde (UNB)

Solange Baraldi — Membro Efetivo da Banca

Doutora em Enfermagem

Professora do Departamento de Enfermagem/ Faculdade de Ciências da Saúde (UNB)

Carolina Pereira da Cunha Sousa — Membro Suplente da Banca

Doutora em Enfermagem

Professora do Departamento de Enfermagem/ Faculdade de Ciências da Saúde (UNB)

SUMÁRIO

RESUMO	1
INTRODUÇÃO	2
MÉTODO	4
RESULTADOS	7
DISCUSSÃO	14
CONCLUSÃO	17
REFERÊNCIAS	17
APÊNDICE A – ELEMENTOS DO CENÁRIO	21
ANEXO A – TABELA DE EXAMES E VALORES PARA DIAGNÓSTICO DE DM.....	23
ANEXO B - SIMULATION DESIGN SCALE VALIDADA PARA PORTUGUÊS	24

Construção e validação de cenário de simulação realística para rastreio de diabetes mellitus na atenção primária à saúde

Construction and Validation of a Realistic Simulation Scenario for Diabetes Mellitus Screening in Primary Health Care

RESUMO

Objetivo: Construir e validar um cenário de simulação realística para rastreio de diabetes mellitus na primária à saúde.

Método: Estudo metodológico, realizado em uma universidade pública do Distrito Federal entre os meses de junho de 2023 e junho de 2024. As etapas percorridas foram construção do cenário, teste-piloto por sete estudantes de enfermagem e validação por 30 juízes. O modelo conceitual de Jeffries, roteiro teórico-prático de Fabri e os Padrões de melhores práticas da *International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning* foram seguidos para elaboração do cenário.

Resultados: O cenário foi intitulado “Rastreio de Diabetes Mellitus na Atenção Primária à Saúde” e composto por 21 componentes estruturais. O teste realizado pelos estudantes demonstrou interesse e satisfação pela metodologia e temática. O Índice de Validade de Conteúdo foi de 0,97, sendo necessário apenas uma rodada para validação. Foi acatada sugestões pertinentes dos juízes para melhoria do cenário.

Conclusão: O cenário obteve sua validade, pode ser utilizado na formação de estudantes de enfermagem para apreensão sobre rastreio de diabetes mellitus e adaptado para se aproximar de cada realidade nacional. Além disso, contribui para prevenção e promoção da saúde brasileira ao ampliar práticas e fortalecer condutas dos futuros enfermeiros.

Descritores: Treinamento por Simulação. Enfermagem Ambulatorial. Diabetes Mellitus. Programas de Rastreamento. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: To construct and validate a realistic simulation scenario for diabetes mellitus screening in primary health care.

Method: This methodological study was conducted at a public university in the Federal District from June 2023 to June 2024. The steps followed included scenario construction, a pilot test by seven nursing students, and validation by 30 judges. The Jeffries' conceptual model, Fabri's theoretical-practical script, and the best practice standards of the International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning were followed to develop the scenario.

Results: The scenario was titled "Diabetes Mellitus Screening in Primary Care" and consisted of 21 structural components. The test conducted by the students demonstrated interest and satisfaction with the methodology and theme. The Content Validity Index was 0.97, requiring only one round for validation. Relevant suggestions from the judges were incorporated to improve the scenario

Conclusion: The scenario was validated and can be used in the training of nursing students to enhance their understanding of diabetes mellitus screening. It can also be adapted to fit various national realities. Moreover, it contributes to the prevention and promotion of health in Brazil by broadening practices and strengthening the approaches of future nurses.

Descriptors: Simulation Training. Diabetes Mellitus. Office Nursing. Mass Screening. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

A diabetes mellitus (DM) denota um grupo de doenças metabólicas, que possui etiologias distintas, os quais acarretam defeitos da ação ou secreção da insulina e todos os tipos geram a hiperglicemia⁽¹⁾. Além do mais, é comum estar associada às dislipidemias, hipertensão arterial e disfunções endoteliais. A classificação quanto a etiopatogenia traz três tipos principais segundo a sua prevalência: tipo 1 (DM1), tipo 2 (DM2) e gestacional (DMG)(1,2).

A DM1 é autoimune e atinge as pessoas, geralmente, no início da infância ou adolescência, sendo dependentes da reposição de insulina. A DM2 pode se desenvolver em qualquer fase da vida e ocorre quando há resistência celular à insulina, assim a produção não supera essa resistência. Ademais, nem todos os pacientes com DM2 são insulino dependentes, utilizando apenas hipoglicemiantes orais. Já a DMG é a hiperglicemia que ocorre no período da gravidez e que geralmente se resolve após o parto. Destes tipos, a DM2 é a mais comum e pode estar relacionada ao envelhecimento, obesidade e hábitos de vida^(1,2).

No Brasil, segundo dados do Sistema Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), 10,2% da população adulta refere possuir o diagnóstico médico de DM em 2023, ou seja, cerca de 1 a cada 10 brasileiros adultos possui esta doença⁽³⁾. Além disso, com a hipertensão arterial somam a principal causa de mortalidade e hospitalização em território nacional⁽¹⁾.

A atenção primária à saúde (APS) é a porta de entrada principal do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas, que englobam a promoção, prevenção, promoção, proteção, diagnóstico, tratamento, dentre outras atribuições, por meio de uma equipe multiprofissional. A estratégia de Saúde da Família é a prioritária na APS e é composta no mínimo por médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e agente comunitário em saúde⁽⁴⁾. Nesse contexto, o enfermeiro se destaca ao desenvolver atividades de prevenção e tratamento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre elas o diabetes mellitus (DM)⁽⁵⁾. Tais ações são realizadas por meio do processo de enfermagem (PE) de modo deliberado e sistemático, que em ambientes como APS pode ser nomeado de consulta de enfermagem (CE)^(5,6).

Nem sempre a DM apresenta sinais e sintomas que levam a investigação da doença, principalmente a DM2 que costuma ser insidiosa e o indivíduo pode permanecer assintomático

por vários anos. Diante disso, torna-se necessário que haja o rastreamento segundo fatores de risco para que seja possível iniciar medidas preventivas, ou oferecer o tratamento precoce. Por esses motivos o rastreamento de DM é um desafio da APS. Portanto, é indispensável que a equipe esteja atenta não somente aos sinais e sintomas, mas também aos fatores de risco^(1,2,5). Os pacientes com risco para DM podem ser acolhidos na APS tanto por agenda programada, quanto por demanda espontânea, sendo que esta primeira escuta é predominantemente realizada pelo profissional enfermeiro⁽⁷⁾. O Ministério da Saúde (MS) recomenda que o rastreio do DM seja realizado na APS pelo enfermeiro e que o usuário seja encaminhado, em um momento posterior, ao médico para confirmação diagnóstica⁽¹⁾.

Para tal, os critérios de rastreio do DM em adultos assintomáticos são idade igual ou superior a 45 anos, ou sobrepeso ($IMC > 25 \text{ kg/m}^2$) com pelo menos história familiar de DM em parentes do primeiro grau, hipertensão arterial, história de DMG, dislipidemias, exames prévios de hemoglobina glicada, teste de tolerância a glicose ou glicemia em jejum alterados; *acantosis nigrans*, síndrome do ovário policístico, história de doenças cardiovasculares e inatividade física. Dentre os objetivos da CE para o rastreio incluem conhecer a história prévia, aferir dados antropométricos, pressão arterial, identificar fatores de risco e solicitar exames, segundo protocolos^(1,8).

Frente ao exposto, é relevante que durante a graduação de enfermagem os estudantes desenvolvam habilidades e competências para o rastreio da DM na APS para seu fomento na futura prática profissional. Em virtude disso, os novos paradigmas da educação superior em saúde apontam para o uso de metodologias ativas, com destaque a simulação realística (SR)⁽⁹⁾.

A SR tem por objetivo o desenvolvimento de habilidades e competências em ambiente seguro, controlado e visa aproximar os estudantes a cenários próximos aos reais^(9,10). O uso dessa estratégia pode ocorrer por meio de diversos modelos de acordo com os objetivos propostos. Nesse contexto, as práticas que utilizam da SR devem ser planejadas a fim do alcance do realismo, clareza dos objetivos, conquista dos resultados e obtenção dos benefícios de aprendizagem⁽¹⁰⁾.

Apesar de consolidada a problemática de saúde que é a DM e a relevância do uso da metodologia de SR no processo de ensino-aprendizagem durante a graduação de enfermagem, a temática do rastreio do DM na APS por esta abordagem é pouco explorada por enfermeiros. Em busca de publicações, no contexto brasileiro, foi identificado apenas um estudo que envolve a criação e validação de cenário de SR sobre a DM na APS e está direcionado para a insulinoterapia⁽¹¹⁾.

Ao considerarmos, portanto, a inexistência de cenários de simulação que enfatizam o desenvolvimento de competências entre graduando de enfermagem para o rastreio de DM na APS, este estudo se propôs, com caráter inédito, responder à pergunta de pesquisa: Quais elementos devem estar presentes em um cenário de SR, voltado para estudantes de enfermagem, para o rastreio do DM na APS? Para responder essa questão, o objetivo do estudo foi criar e validar um cenário de SR sobre rastreio de DM na APS.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa metodológica sobre a criação e validação de um cenário de simulação realística, realizado no período de junho de 2023 a junho de 2024. Esse tipo de pesquisa assinala a criação, validação e avaliação de estratégias ou ferramentas metodológicas⁽¹²⁾. O desenvolvimento da pesquisa ocorreu em três etapas: 1) Criação do cenário de simulação realística, 2) Aplicação de teste piloto e 3) Validação de conteúdo por juízes especialistas. O cenário foi desenvolvido numa universidade pública do Distrito Federal e a população alvo composta por estudantes de graduação em enfermagem e especialistas nas temáticas de SR e/ou APS e/ou PE/CE e/ou DM, selecionados conforme critérios de elegibilidade descritos a seguir. A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília (UNB), sob parecer nº. 6.502.223, atendendo também à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

A etapa de criação utilizou manuais e diretrizes sobre a temática por meio do levantamento na literatura nacional sobre o tema e teve como base teórica as diretrizes do Caderno da Atenção Básica nº 36⁽¹⁾ do MS e da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD)^(2,8). Quanto aos objetivos de aprendizagem, estes foram delineados por meio da utilização da taxonomia de Bloom⁽¹³⁾. O cenário foi estruturado utilizando-se modelo conceitual de Jeffries⁽¹⁴⁾ e o roteiro teórico-prático de Fabri⁽¹⁵⁾ com adaptações que estão em consonância com Manual de Simulação Clínica para Profissionais de Enfermagem do Conselho Estadual de Enfermagem do estado de São Paulo⁽¹⁰⁾ e recomendações da *International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning* (INACSL)⁽¹⁶⁾. Os elementos considerados essenciais para o roteiro foram: título, duração conhecimento prévio, objetivo geral, objetivos específicos, fundamentação teórica, responsáveis pelo cenário, fidelidade/complexidade, documentação, checklist, *briefing*, tema, caso/situação clínica, recursos humanos, caracterização dos atores, recursos materiais, espaço físico, público-alvo, treino da equipe, desenvolvimento do cenário, pistas, *debriefing* e avaliação.

A etapa do *debriefing* foi estruturada segundo o modelo *Promoting Excellence and Reflective Learning in Simulation* (PEARLS)⁽¹⁷⁾. Como proposta de avaliação da estratégia educativa se propôs o preenchimento, pelo participante do cenário, da Escala de Design de Simulação, desenvolvida pela National League of Nursing (NLN) validada para língua portuguesa⁽¹⁸⁾, e para os observadores, ao final da experiência, avaliação formativa por meio do preenchimento de um instrumento com questões discursivas.

Além do roteiro, os pesquisadores elaboraram um checklist para os observadores segundo orientações de Franco e Franco⁽¹⁹⁾ e um software para o registro de informações no acrônimo SOAP - subjetivo, objetivo, implementação e plano - acessível por navegador, para apoio e registro de informações realizada pelo participante do cenário.

Na segunda etapa foi realizado um teste piloto do cenário que contou com a participação de estudantes de graduação em enfermagem durante um evento de extensão institucional. O convite para participação foi realizado por meio da divulgação em mídias sociais e no site da Universidade. Como critérios de elegibilidade definiram-se os estudantes regularmente matriculados em cursos de graduação de enfermagem, com conhecimentos prévios em semiologia e semiotécnica em enfermagem, APS, DCNT e DM. Todos os participantes preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para execução do cenário, um estudante participou de modo ativo e sete como observadores. Todos participaram do *debriefing*, o estudante que participou ativamente respondeu ao instrumento Escala de Design de Simulação⁽¹⁸⁾, e os demais foram convidados a fornecer um feedback discursivo de modo anônimo por meio de um formulário eletrônico. A partir dos *feedbacks* foram realizadas adequações no cenário para envio aos juízes especialistas. Durante a simulação foram fornecidos aos facilitadores fichas que continham todos os elementos dos cenários; aos observadores fichas que possuíam os elementos de objetivo geral, objetivos específicos, o briefing, o caso/situação clínica e checklist e ao participante ficha apenas objetivo geral, objetivos específicos e caso/situação clínica.

A terceira e última etapa ocorreu de forma virtual e os juízes especialistas convidados via e-mail. Esses juízes foram selecionados por meio de uma busca sistemática de suas produções na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para localização das produções científicas definiram-se descritores e a busca realizada por suas combinações. Na primeira definiram-se os descritores “Simulação Realística” e “Enfermagem” e adoção dos filtros “língua portuguesa” e “últimos 5 anos”, resultando em 103 produções. Na segunda, definiram-se os descritores “Diabetes Mellitus” e “Enfermagem”, uso dos mesmos filtros, com resultados de 224 produções.

Todos os 754 autores com formação em enfermagem tiveram os seus currículos *Lattes* analisados segundo os critérios de Fehring⁽²⁰⁾ e discriminados como elegíveis ou não como. Os critérios utilizados e as suas respectivas pontuações estão representados no quadro a seguir:

Quadro 1 – Critérios de Fehring adaptado, 2024

Critérios	Pontuação
Título de mestre	4
Titulação de mestre com dissertação direcionada a SR ou APS ou DM ou PE/ CE	1
Artigo publicado sobre SR ou APS ou DM ou PE/CE em periódicos de referência	2
Artigo publicado sobre SR ou APS ou DM ou PE/CE com conteúdo relevante à área em foco	2
Doutorado versando sobre SR ou APS ou DM ou PE/CE	2
Experiência clínica em APS ou DM	1
Experiência na área do ensino referente a SR ou APS ou DM ou PE/CE	2

Fonte: Adaptado de Fehring, 1987.

Sendo assim, foram eleitos os profissionais que possuíam 6 pontos ou mais na análise (n=434). Uma busca pelos e-mails da população elegível foi realizada em múltiplas plataformas da internet, localizando-se 422 endereços para correspondência virtual. A carta convite e material para análise foi enviada para todos. O tempo disponível para resposta foi de 30 dias, sendo necessário reenviar um lembrete no 15º dia, além de lembrar aos juízes em datas específicas, quando solicitado, diante da promessa de resposta.

No corpo da carta-convite constava link para acesso a um formulário eletrônico na plataforma *Google Forms*. Este era dividido em sessões, sendo que a primeira tratava do TCLE, a segunda com questionário para caracterização dos dados sócio-demográficos e confirmação dos critérios de Fehring, e a última sessão tratava da adaptação da escala de validação, proposta por Andrade⁽²¹⁾, totalizando 45 itens categorizados nas esferas de objetivos de aprendizagem, objetivo do cenário, estrutura e apresentação, organização, aparência, estilo da escrita, relevância e motivação, preenchidas em escala do tipo Likert: 4-Adequado, 3- Adequado com possibilidade de revisão, 2-Precisa ser reformulado e 1-Inadequado. Quando o juiz respondia um item diferente de “4- Adequado” era convidado a redigir uma sugestão de forma livre.

Os dados do formulário foram exportados para uma planilha no *Microsoft Excel* e por meio desses, calculado o Índice de Validade de Conteúdo para cada item (IVC-i) e o IVC global (IVC-g). Esse primeiro foi calculado por meio da divisão entre o número de respostas 3 ou 4, dividido pelo número total de respostas e o segundo pela média aritmética dos IVCs dos itens. Foi considerado como validado um IVC maior que 0.8⁽²⁰⁾. As sugestões foram analisadas e

descriminadas entre adequadas ou não, seguindo critérios de relevância, estar cientificamente correta e não gerar perda de identidade do cenário.

RESULTADOS

O cenário foi intitulado “Rastreamento de Diabetes Mellitus na Atenção Primária a Saúde”. O teste piloto ocorreu com a participação de 7 discentes, sendo 4 (57,1%) do gênero masculino e 3 (42,8%) do gênero feminino. Um desses, participou ativamente da simulação e os demais como observadores. Este foi convidado a preencher a Escala de Design de Simulação⁽¹⁸⁾ e como resultado obteve-se resposta “concordo totalmente com a afirmação” em todos os 20 itens propostos na escala. Os demais fizeram comentários anônimos por meio de um formulário preenchido logo após a experiência.

Gostei muito da atividade, pude aprender melhor várias coisas. (D1)

A oficina foi extremamente completa, o embasamento teórico foi fundamental para as simulações. As simulações foram incríveis e ajudaram a fixar todo o conteúdo. Não mudaria nada no evento, e super recomendaria para outros alunos. (D2)

Foi uma ótima oficina, muito proveitosa, com conteúdo muito importante e excelente abordagem. A parte teórica foi muito importante para introduzir o assunto e nos dar uma noção do que esperar da oficina, a abordagem dos orientandos foi muito esclarecedora. Logo depois, no laboratório de simulação realística de enfermagem, os dois momentos que tivemos foi a aplicação prática dos conhecimentos teóricos apresentados e, digo com toda certeza: que ótima escolha fiz ao participar desta oficina. Tive a oportunidade de ter um contato inicial, mesmo que simulado, em como a consulta de enfermagem é conduzida, mais voltada para o rastreamento do diabetes mellitus, e pude abrir meus olhos para um novo método de ensino que é a simulação realística. [...] (D3)

Uma forma de ensino que integra muito bem os conteúdos e uma ótima oportunidade de estimular o aluno a aprender. (D4)

Para além da leitura e interpretação das reflexões registradas pelos estudantes, a equipe de pesquisadores analisou de modo crítico a execução do cenário em suas etapas e alterações foram realizadas para envio aos juízes especialistas.

A validação de conteúdo foi realizada por 30 juízes especialistas. Todos eram enfermeiros (100%), sendo a maioria do gênero feminino (76,7%, n=23), com faixa etária predominante de 41 a 50 anos (40%, n=12) e maioria com mais de 10 anos de formação (70%, n=21). Quanto à titulação, a totalidade (100% n=30) possuía mestrado e a maior parte doutorado (60%, n=18). Esses juízes atuam em diversas áreas, com destaque para ensino (60%, n= 18) e assistência (16,6%, n=5) e nas diversas regiões do Brasil e exterior, sendo distribuídos em

ordem decrescente em região sul (33,3%, n=10), centro-oeste (26,6%, n=8), nordeste (16,6%, n=8), sudeste (16,6%, n=8), norte (3,3% n=1) e exterior (3,3% n=1).

O IVC-g foi de 0,97 e o itens avaliados e seus respectivos IVC-i estão descritos na tabela seguir (tabela 1):

Tabela 1 – Concordância dos juízes quanto aos itens do cenário simulado. Brasília, Distrito Federal, Brasil, 2024

Variáveis	n(%)*	IVC-i†
1. Objetivos de Aprendizagem		
1.1 Os conteúdos estão coerentes com o objetivo do cenário de simulação realística.	29 (96,6)	0,96
1.2 Objetivos de aprendizagem estão claros e concisos.	30 (100)	1
1.3 O conteúdo do cenário facilita a aprendizagem sobre o rastreio do Diabetes Mellitus	29 (96,6)	0,96
1.4 As informações apresentadas estão cientificamente corretas	29 (96,6)	0,96
1.5 Há uma sequência lógica de conteúdo proposto.	29 (96,6)	0,96
1.6 As informações apresentadas no cenário abrangem bem o conteúdo sobre o rastreio do Diabetes Mellitus.	27 (90)	0,9
1.7 As informações/conteúdos são importantes para a qualidade da assistência prestada	29 (96,6)	0,96
1.8 O objetivo do cenário convida/instiga mudanças de comportamento e atitude dos estudantes de enfermagem	27 (90)	0,9
2. Estrutura e Apresentação		
2.1 O roteiro do cenário é apropriado para os estudantes de enfermagem	30 (100)	1
2.2 A linguagem utilizada é de fácil compreensão pelos estudantes	30 (100)	1
2.3 O cenário possui visual (material) atraente que mantém a atenção do estudante de enfermagem.	30 (100)	1
2.4 Os dados estão apresentados de maneira estruturada e objetiva	29 (96,6)	0,96
2.5 A forma de apresentação do cenário contribui para o aprendizado sobre o rastreio do Diabetes Mellitus na Atenção Primária.	29 (96,6)	0,96
2.6 Contém recursos pessoais, físicos e tecnológicos para inserir o estudante na Atenção Primária?	30 (100)	1
2.7 Detalhes contextuais fornecem pistas com base em resultados desejados.	29 (96,6)	0,96
2.8 O perfil da paciente fornece dados suficientes para a realização do rastreio do Diabetes Mellitus.	29 (96,6)	0,96
2.9 As páginas ou seções parecem organizadas.	30 (100)	1
2.10 O tempo para execução do cenário é suficiente para alcançar o objetivo proposto.	27 (90)	0,9
3. Relevância		
3.1 O cenário permite a transferência de conhecimento em relação ao rastreio do Diabetes Mellitus.	29 (96,6)	0,96
3.2 O tema retrata aspectos-chave que devem ser reforçados.	29 (96,6)	0,96
3.3 O modelo permite a transferência e generalização do aprendizado a diferentes contextos.	26 (86,6)	0,86
3.4 O roteiro do cenário propõe a construção de conhecimento	28 (93,3)	0,93

3.5 O cenário pode ser usado por profissionais de saúde e/ou educadores.	30 (100)	1
3.6 Este cenário de simulação pode circular no meio científico da área.	30 (100)	1
4. Objetivo do Cenário		
4.1 O cenário atende ao objetivo proposto	29 (96,6)	0,96
4.2 Ajuda na qualidade do aprendizado sobre rastreio do Diabetes Mellitus na Atenção Primária.	29 (96,6)	0,96
4.3 O cenário está adequado para ser usado por estudantes de enfermagem neste momento.	28 (93,3)	0,93
5. Organização		
5.1 O tema é atraente e indica o conteúdo do cenário.	30 (100)	1
5.2 O tamanho do conteúdo nos tópicos está adequado.	29 (96,6)	0,96
5.3 Os tópicos têm sequência lógica.	29 (96,6)	0,96
5.4 Há coerência entre os objetivos e conteúdo do cenário.	29 (96,6)	0,96
6. Estilo da Escrita		
6.1 A escrita está clara e objetiva	30 (100)	1
6.2 O texto é interessante	30 (100)	1
6.3 O vocabulário é acessível	30 (100)	1
6.4 Há associação do tema de cada seção ao texto correspondente	30 (100)	1
6.5 O estilo da redação corresponde ao nível de conhecimento de estudantes de enfermagem.	30 (100)	1
7. Aparência		
7.1 As páginas e seções parecem organizadas.	30 (100)	1
7.2 O conteúdo do cenário é atrativo.	29 (96,6)	0,96
7.3 O conteúdo apresenta-se expressivo e suficiente.	29 (96,6)	0,96
7.4 A aparência do cenário está simples e clara	30 (100)	1
8. Motivação		
8.1 O cenário é apropriado para o perfil dos estudantes de enfermagem.	30 (100)	1
8.2 O conteúdo se apresenta de forma lógica e atrativa.	29 (96,6)	0,96
8.3 A interação é convidada pelos textos e sugere ações.	29 (96,6)	0,96
8.4 Instiga a mudanças de comportamento e atitude durante a assistência.	28 (93,3)	0,93
8.5 O cenário propõe novos conhecimentos para os estudantes de enfermagem.	29 (96,6)	0,96

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

*Percentual de concordância no item; † Índice de Validade de Conteúdo no item.

Foi necessário apenas uma rodada para validação de conteúdo com juízes especialistas. Contudo, alguns juízes fizeram sugestões para melhoria do cenário. As sugestões aderidas estão agrupadas em quatro blocos: adequação dos objetivos (E5, E25, E26); inclusão de questões atitudinais (E14); inclusão de elementos que indiquem hábitos alimentares e prática de atividade física (E9, E10, E29) e adequação da duração do cenário (E11, E14, E15, E26, E27, E29). As modificações realizadas estão descritas no quadro 1:

Quadro 2 – Modificações realizadas no cenário com base nas sugestões dos juízes especialistas.
Brasília, Distrito Federal, Brasil, 2024

Sugestão	Conteúdos pré-alterações	Conteúdos pós-alterações
Adequação dos objetivos	Objetivo geral de aprendizagem: Desenvolver a consulta de enfermagem para rastreio do Diabetes Mellitus. Objetivos específicos de aprendizagem: • Reconhecer fatores de risco para Diabetes Mellitus em usuário assistido na Atenção Primária à Saúde; • Realizar a primeira etapa da consulta de enfermagem (avaliação) com foco no rastreio do DM. • Registrar informações em instrumento apropriado; • Desenvolver o julgamento clínico, orientar e encaminhar usuário.	Objetivo geral de aprendizagem: Realizar a consulta de enfermagem para rastreio do Diabetes Mellitus. Objetivos específicos de aprendizagem: • Reconhecer fatores de risco para Diabetes Mellitus em usuário assistido na Primária à Saúde. • Desenvolver o julgamento clínico sobre o risco de Diabetes Mellitus. • Solicitar exames laboratoriais, conforme protocolos. • Orientar a usuária sobre o fluxo de atendimento • Encaminhar a usuária para a consulta médica. • Registrar informações em instrumento apropriado.
Inclusão de questões atitudinais	Checklist: Recepcionou e se apresentou ao paciente? Perguntou sobre as queixas?	Checklist: Acolheu a usuária e se apresentou? Perguntou sobre as queixas e ouviu atentamente?
Inclusão de elementos que indiquem hábitos alimentares e prática de atividade física	Informações sobre hábitos alimentares e prática de atividade física não estavam previstas no cenário inicial.	Checklist: Perguntou sobre a prática de atividades físicas? Perguntou sobre hábitos alimentares? Caso/situação clínica: [...] Conta ainda, que sua rotina não permite que realize quaisquer outras atividades. Por esse motivo, acaba por fazer refeições rápidas e várias vezes ao dia, tanto em casa quanto no trabalho. Por fim, expressa que nos últimos anos tem ganhado peso e isso a incomoda.
Adequação da duração do cenário	Tempo estimado: 45 minutos Desenvolvimento do cenário: 15 minutos Explanação teórica: 20 minutos Debriefing: 10 minutos	Tempo estimado: 1 hora Explanação teórica: 20 minutos Desenvolvimento do cenário: 20 minutos Debriefing: 20 minutos

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

O cenário de simulação, após validação e adequação às sugestões dos juízes especialistas está apresentado a seguir:

Quadro 3 – Descrição do Cenário de Simulação “Rastreio do Diabetes Mellitus na Atenção Primária à Saúde”. Brasília, Distrito Federal, 2024.

Título: Rastreio do Diabetes Mellitus na Atenção Primária à Saúde
Duração: Total 1 hora; Explanação teórica 20 minutos; Desenvolvimento do Cenário; <i>Debriefing:</i> 20 minutos;
Conhecimento prévio do participante: para que o estudante possa participar da atividade, deverá ter cursado disciplinas com conteúdos sobre semiologia e semiotécnica, de assistência à saúde da pessoa adulta/idosa e doenças crônicas não transmissíveis na Atenção Primária à Saúde em Saúde.
Objetivo geral de aprendizagem: Realizar a consulta de enfermagem para rastreio do Diabetes Mellitus.
Objetivos específicos de aprendizagem: Reconhecer fatores de risco para Diabetes Mellitus em usuário assistido na Atenção Primária à Saúde. • Desenvolver o julgamento clínico sobre o risco de Diabetes Mellitus. • Solicitar exames laboratoriais, conforme protocolos. • Orientar a usuária sobre o fluxo de atendimento • Encaminhar a usuária para a consulta médica. • Registrar informações em instrumento apropriado.
Fundamentação Teórica: Caderno de Atenção Básica n.º 36 “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes Mellitus” Cap. 2 “Rastreamento, Diagnóstico e Acompanhamento da Pessoa com Diabetes Mellitus na Atenção Básica e e-Book Consulta de enfermagem no acompanhamento de pessoas com diabetes mellitus 2 na atenção primária à saúde (SBD). As referências serão disponibilizadas aos participantes uma semana antes da simulação. Uma explanação teórica será realizada antes da simulação com ênfase aos conteúdos necessários para o desenvolvimento do cenário
Responsáveis pelo cenário: um facilitador com experiência em simulação realística, um facilitador com experiência na temática diabetes mellitus ou atenção Primária à Saúde.
Equipe de apoio: um técnico de laboratório e dois estudantes.
Fidelidade do cenário: Alta fidelidade
Complexidade do cenário: Média/moderada
Documentação: checklist de observação elaborado pelos autores, fichas com descrição do cenário completa para facilitadores, fichas para observadores e ficha do participante
Checklist: Acolheu a usuária e se apresentou? Perguntou sobre as queixas e ouviu atentamente? Perguntou sobre o histórico familiar? Perguntou sobre a prática de atividades físicas? Perguntou sobre hábitos alimentares? Verbalizou ao paciente a necessidade de realizar o exame físico? Aferiu a pressão arterial da usuária? Aferiu o peso da usuária? Aferiu a altura da usuária? Calculou o Índice de Massa Corpórea (IMC) da usuária? Aferiu a circunferência abdominal?

Identificou os fatores de risco para diabetes mellitus? Solicitou e orientou sobre os exames de rastreio? Informou sobre o risco de Diabetes Mellitus de maneira ética? Encaminhou para o médico para confirmação diagnóstica? Registrou corretamente as informações da consulta no instrumento adequado? Despediu-se? *Respostas possíveis: Realizado; Não Realizado.
Briefing: Recepcionar os participantes; solicitar que desliguem os celulares e sigam regras do ambiente de simulação, apresentar o objetivo geral de aprendizagem; relembrar sobre o contrato fictício de simulação; solicitar um voluntário; apresentar ao voluntário o cenário e materiais disponíveis; orientar os observadores quanto ao preenchimento do checklist de observação.
Tema: Rastreio de diabetes mellitus na Atenção Primária à Saúde.
Caso/ situação clínica: Maria†, sexo feminino, 46 anos, vai a UBS para ser atendida por demanda espontânea. Queixa que está com dificuldades para dormir pois acorda várias vezes durante a noite para urinar (poliúria). Diz ainda que evita beber água para não acordar durante a noite, mas a sede tem ficado insuportável. Paciente diz que precisa resolver este problema uma vez que acorda muito cedo para levar os filhos na escola, tem afazeres em casa e durante a noite trabalha até tarde em uma lanchonete tendo, portanto, poucas horas de sono. Conta ainda, que sua rotina não permite que realize quaisquer outras atividades. Por esse motivo, acaba por fazer refeições rápidas e várias vezes ao dia, tanto em casa quanto no trabalho. Por fim, expressa que nos últimos anos tem ganhado peso e isso a incomoda. Histórico: Tabagista: 7,5 anos/ maços Histórico familiar: Mãe com diabetes mellitus; Pai: Hipertenso.
Recursos humanos utilizados no cenário: uma atriz (paciente simulada), um(a) técnico/ auxiliar de enfermagem (facilitador) e um acadêmico de enfermagem (participante)
Recursos Materiais do Cenário: Mesa, cadeiras, computador, papel, balança, esfigmomanômetro, estetoscópio, fita métrica, caneta, fichas de solicitação de exames e encaminhamento, elaborado pelos autores; instrumento para registro das informações da consulta, conforme acrônimo SOAP.
Espaço Físico/ Ambiente: Consultório de enfermagem, com mesa, 2 cadeiras (uma de cada lado da mesa), maca, luva, calculadora e materiais de escritório. Próximo ao participante estará fixada a fórmula de cálculo do IMC e exames solicitados para o diagnóstico. No computador está aberto o software para registro de informações da consulta.
Público-alvo: Estudantes da Graduação de Enfermagem que já cursaram disciplinas com conteúdo de semiologia e semiotécnica, assistência à saúde à pessoa adulta/idosa e doenças crônicas não transmissíveis na Atenção Primária à Saúde.
Treino da equipe para a atividade: O ator e o facilitador deverão receber o caso clínico, as orientações referentes à fala, respostas a serem fornecidas, ou seja, ficha com descrição completa do cenário. Toda a equipe deverá ter conhecimento sobre os objetivos a serem alcançados pelo aluno participante do cenário. O ator e o facilitador receberão orientações quanto aos pontos de virada que poderão ser utilizados para conduzir os estudantes ao sucesso da aprendizagem.
Desenvolvimento do Cenário - Pistas: O cenário terá início, quando a(o) técnica(o) de enfermagem falar “Eu vou ficar aqui ajeitando o consultório, mas você pode chamar a próxima paciente” 1 - Acolheu a paciente e se apresentou. Caso não se apresente, a paciente diz: “Boa tarde! Como é seu nome mesmo? Não estou lembrada de te ver por aqui”

2 - Perguntar sobre as queixas e ouvir atentamente. Caso não pergunte, a paciente diz: “Meu nome é Maria Silva, eu vim porque estou acordando várias vezes durante a noite para ir ao banheiro”

3 - Perguntar sobre histórico familiar. Caso não pergunte, a paciente diz: “Será que tem algo a ver com Diabetes ou Hipertensão? Minha mãe é diabética e meu falecido pai era hipertenso? Tenho muito medo dessas doenças”

4- Perguntar sobre a prática de atividades físicas. Caso não pergunte, a paciente diz: “Ultimamente eu to meio parada, não to tendo tempo para nada, nem pra fazer uma caminhada às vezes”

5- Perguntar sobre hábitos alimentares. Caso não pergunte, a paciente diz “Será que tudo isso tem é porque eu to comendo muito lanche na lanchonete? Eu não tenho tido muito tempo, acabo comendo sempre o que está mais fácil”

6 - Realizar Exame físico. Caso não realize, a paciente diz: “O senhor(a) vai me examinar?”.

*A paciente entregará seu peso, sua circunferência abdominal e sua pressão arterial ao participante, diante da impossibilidade de alterar esses dados do ator. Esses dados estarão alterados acima dos valores de referência.

6.1 PA. Caso não afira, a paciente diz: “E minha pressão tá boa Dr(a)? Faz tanto tempo que não meço”

6.2 Peso. Caso não afira, a paciente olha para a balança e diz: “Faz tanto tempo que eu não me peso”

6.3 Altura. Caso não afira, a paciente observa a régua na balança e diz: “Eu esqueci qual é minha altura”

6.4 IMC. Caso não calcule, isso a técnica de enfermagem (facilitadora) aponta para a imagem 1 e diz: “com altura e peso podemos calcular o IMC né?”

6.5 Circunferência Abdominal, caso não afira, a(o) técnica(o) de enfermagem (facilitador) diz que é importante aferir também.

7 - Solicitar exames e orientações. Caso não solicite, a paciente diz: “e eu vou ter que fazer algum exame para ter certeza que tenho diabetes? É aquele que tenho que ficar em jejum?”

8 - Informar a suspeita diagnóstica de maneira ética. Caso não informe, a paciente diz “Então quer dizer que eu tenho mesmo Diabetes?”

9 - Encaminhar para o médico. Caso não encaminhe, a(o) técnica(o) de enfermagem (facilitador) pergunta: “O sr(a) Vai encaminhar para o Dr. José?”

10 - Registre o que foi feito no computador no instrumento adequado. Caso não registre, a paciente diz “o Sr(a) anotou tudinho aí no computador? ou vou ter que fazer tudo novamente com o médico?”

11 - Despedir-se. Caso não se despeça a paciente diz “Eu já posso ir?”

Debriefing: Iniciar agradecendo a participação do voluntário e pedindo que todos batam palmas. Perguntar primeiro ao participante voluntário como foi o cenário e que ele/ela destaque os pontos positivos, ou seja, mencione o que fez corretamente e o que foi fácil de realizar; pedir ao participante voluntário que justifique suas ações e se sente mais segurança para realizar a consulta de enfermagem. Após ouvir o voluntário, repetir as perguntas para os participantes observadores que, neste momento, poderão apresentar suas observações realizadas por meio do checklist. Em seguida, perguntar ao participante voluntário o que ele/ela faria de diferente se entrasse novamente no cenário ou o que ele/ela achou mais desafiador. Ouvir o participante voluntário e conduzir a discussão com os observadores. Direcionar e explorar os pontos centrais do cenário, estimulando que os próprios participantes respondam às perguntas uns dos outros.

Avaliação: O estudante que participou ativamente do cenário será convidado a preencher um instrumento traduzido e validado para a língua portuguesa, a Escala de Design da Simulação

desenvolvida pela National League for Nursing; A avaliação da experiência será realizada de modo discursivo.
--

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

*Observações † Nomes fictícios

DISCUSSÃO

Dados recentes sobre o número de portadores de DM em território nacional alarmam a necessidade de ações voltadas para o rastreio desta patologia, a fim de que ações de prevenção a saúde sejam empregadas⁽³⁾. Apesar de reconhecida essa importância por entidades governamentais, como MS, e científicas a exemplo a SBD, o diagnóstico costuma ser realizado tardiamente. Alguns autores, apresentam ainda, que às complicações mais frequentes associadas ao DM são as neuropatias e retinopatias, que podem diminuir significativamente a qualidade de vida dos portadores⁽²²⁾.

A SBD recomenda que este rastreio seja realizado a cada 3 anos para a população de risco, pois além de trazer os benefícios do tratamento precoce, trata-se de uma intervenção de baixo custo⁽⁸⁾. Além disso, um estudo americano evidenciou que os custos totais para o sistema de saúde de um paciente que passou pelo rastreio foi menor que aquele com diagnóstico tardio⁽²³⁾. O cenário proposto, surge, portanto, como ferramenta metodológica a ser aplicado entre estudantes de enfermagem, com potencial para fortalecer o rastreio da DM na APS. Estudos apontam que entre os benefícios dessa ferramenta destaca-se a maior retenção de conhecimento, quando comparada a metodologias tradicionais de ensino, e aumento da visão crítica e reflexiva das competências, deficiências e autoconfiança, quando comparada as práticas convencionais⁽²⁴⁻²⁶⁾.

Destarte, para construção do cenário, a primeira etapa foi determinar o referencial teórico. Emerge na literatura teorias sobre o uso da SR como metodologia de ensino de enfermagem. A teoria *NLN Jeffries Simulation* surge como destaque para a maior parte dos cenários simulados em enfermagem. Essa teoria estabelece elementos indispensáveis para um cenário de simulação e como se relacionam, sendo estes: contexto, segundo plano, *design*, experiência de simulação, facilitador, estratégias educacionais, participante e resultados⁽¹⁴⁾.

Apesar de consolidada, a utilização dessa teoria permite o uso de uma gama de possibilidades estruturais e inspira a criação de roteiros teórico práticos. Por esses motivos, foi utilizado o roteiro teórico-prático de Fabri⁽¹⁵⁾, pois facilita a criação de modo claro, eficiente e objetivo e passível de adaptação em diferentes situações. Contudo, reconhece-se limitações no uso deste roteiro, como por exemplo a ausência da etapa do *briefing*. Por isso e pelo caráter

instrutivo foi necessário realizar adaptações conforme as orientações dos Padrões INACSL de Melhores Práticas de simulação em saúde⁽¹⁶⁾.

A próxima etapa foi determinar os objetivos de aprendizagem. Esses foram delineados por meio da taxonomia de Bloom⁽¹³⁾, que destaca três domínios de aprendizagem, sendo eles: cognitivo, psicomotor e afetivo. Tal taxonomia traz verbos os quais indicam ações que vão ao encontro dos elementos indispensáveis para o rastreo da DM^(1,5,8). Além disso, delinear aspectos essenciais para estruturação e a construção por meio de um modelo validado corrobora para percepção do estudante, alcance dos objetivos e realismo da atividade simulada^(15,27). Ademais, estes devem estar em sintonia com as orientações e recomendações governamentais e científicas vigentes.

Durante o processo de construção do cenário, foi respeitada a maturidade do aluno de graduação por meio do nível de complexidade e também foram determinados pré-requisitos para que ocorresse a participação, assim como orientado em estudos semelhantes⁽¹¹⁾. Isso permite que o estudante externe suas competências em sincronia com a fase de formação que está inserido^(11,27). Destaca-se a necessidade de uma explanação teórica prévia ao cenário, em virtude do fato enfatizado pelo feedback fornecido pelos estudantes.

A etapa do briefing é imprescindível para que a atividade de simulação ocorra conforme o planejado. É por meio dessa que os participantes tomam conhecimento das regras e do que ocorrerá nos próximos instantes. Estudos apontam que existem elementos essenciais para essa etapa, sendo elas as orientações, reflexão antes da ação e a promoção de um ambiente seguro. Dessa forma, quando utilizado de modo eficaz e estruturado, garante benefícios como redução da ansiedade, promoção do pensamento crítico e julgamento clínico⁽²⁸⁾.

A utilização de um cenário que representa um consultório na APS, com elementos simples, possibilita a adequação a maioria das realidades brasileiras, sendo possível de replicação. Há na literatura um relato de experiência sobre a participação de estudantes de enfermagem em um cenário simulado de visita domiciliar na APS, no qual houve o desafio de retratar um ambiente domiciliar para imersão do aluno, destacando a importância dos elementos físicos para o alcance dos objetivos da SR⁽²⁹⁾.

Ademais, o uso do paciente simulado é uma alternativa para a prática da SR que está fortemente associada ao nível de fidelidade do cenário e o torna mais acessível e replicável. Um estudo aponta que não há diferenças significativas nos resultados positivos da simulação que utilizou pacientes simulados do que aqueles que utilizaram simuladores de alta fidelidade. Isso demonstra, que a prática com SR pode ser realizada com baixos custos e sem a necessidade de simuladores tecnológicas⁽³⁰⁾.

Diante da relevância do uso do paciente simulado, a idealização deste foi realizada por meio do perfil epidemiológico do DM. Estima-se que 11,1% da população do feminina nacional seja portadora do DM, enquanto que a masculina seja 9,1%. Além disso, as mulheres apresentam uma maior prevalência de complicações como neuropatias e retinopatias. A faixa etária, em que a paciente fictícia está incluída, representa uma das mais prevalentes ao DM, ficando abaixo somente de faixas etárias mais avançadas, além de já indicar um dos critérios para o rastreio. Todos esses dados somados contribuem para o realismo do uso do paciente simulado e para o sucesso dos resultados do cenário^(3,22,30).

O *debriefing* é uma etapa imprescindível para a SR. Ele demarca a concretização do processo de aprendizagem e permite que o participante, observadores e facilitadores reflitam, construam conhecimento e despertem mudanças de comportamento. Neste momento, o facilitador conduz uma reflexão, sem caráter de avaliação de desempenho, sobre a atuação do participante no cenário. Foi utilizado para a sistematização desta etapa o modelo PEARLS, que possui 4 etapas: reação, descrição, análise e sumarização. A utilização deste método, além de se adequar a uma grande variedade de cenários de SR, colabora para a aquisição de habilidades do facilitador para a condução dessa etapa⁽³¹⁾.

A etapa supracitada é apontada como uma das mais relevantes da SR. Por esse motivo é aquela em que se despende uma parte significativa da duração do cenário. Ademais, é imprescindível que o facilitador da simulação tenha experiência na condução dessa etapa, pois acarreta diretamente no aprendizado dos participantes. Nesse sentido, é necessário o emprego de um referencial de qualidade e treinamento dos facilitadores. Vale ressaltar a necessidade de respeito mútuo, confidencialidade e ética para garantir o sucesso dessa etapa⁽³²⁾.

O IVC-g do cenário indica a validação em apenas uma rodada. Contudo, os juízes especialistas realizaram sugestões relevantes as quais indicaram lacunas consideradas essenciais para o rastreio do DM e foram adicionadas ao cenário. Durante a análise das sugestões foi observado que alguns juízes não possuíam conhecimento da literatura científica sobre SR e indicam uma limitação da etapa de validação. Deste modo, tais sugestões, somadas as que poderiam desviar os objetivos do cenário foram desconsideradas. Contudo, uma amostra de juízes que possui especialistas das diferentes temáticas, como DM, SR e PE/CE, foi importante para uma análise ampla do cenário.

Tal cenário de simulação surge como alternativa de metodologia de ensino e representa um avanço da literatura científica nacional sobre SR voltado para o desenvolvimento de competências específicas em enfermagem na APS. Apesar de pensado para ser replicável, esta pesquisa tem como limitação a representação de minorias populacionais e também a

representação de outros níveis de atenção à saúde, por estar ambientalizado na APS. Além disso, citamos a não aplicação e avaliação entre o público-alvo do cenário proposto, porém sugerimos que o mesmo, ao ser executado, possa avaliar a satisfação e autoconfiança dos envolvidos.

CONCLUSÃO

A pesquisa contribuiu para a construção e validação de um cenário o qual versa sobre o rastreio de DM em usuários da APS e, assim, colabora na formação de graduandos de enfermagem, haja vista ser esta uma atividade desenvolvida majoritariamente por enfermeiros. Ademais, reforça as pesquisas sobre SR, sobretudo voltados a ambientes não clínicos tradicionais, como hospitais e situações críticas por estar focado na APS.

Para a construção do cenário observaram-se as recomendações das melhores práticas propostas pelo INACLS e em referencial teórico-prático amplamente utilizado no contexto brasileiro. O conteúdo do cenário foi embasado em evidências científicas atuais e nas diretrizes vigentes veiculadas pelo MS e SBD. A evidência de validade foi apresentada pelo valor do IVC acima de 0,80 pelos 30 juízes especialistas.

Conclui-se, portanto, que o cenário pode ser aplicado no ensino de graduação em enfermagem e, conforme necessidade, adaptado para torná-lo mais próximo de características regionais do Brasil. Sugere-se que mais pesquisas sobre construção e validação de cenários de SR voltados para desenvolvimento de competências na APS sejam desenvolvidos, haja vista sua potência na prevenção e promoção da saúde da população brasileira. No que concerne DCNT, como o DM, abordar a temática na graduação de enfermeiros amplia a possibilidade de práticas e condutas que fortaleçam ações a serem realizadas quando inseridos na prática.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus [Internet]. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado 7 de julho de 2024]. 160 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf
2. Rodacki M, Teles M, Gabbay M, Montenegro R, Bertoluci M. Classificação do diabetes. Em: Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes [Internet]. 2022° ed Conectando Pessoas; 2022 [citado 2 de julho de 2024]. doi: <https://doi.org/10.29327/557753.2022-1>

3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023 [recurso eletrônico]. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023 [citado 7 de julho de 2024]. 131 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2023.pdf
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Anexo XXII: Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União; 2017 [citado 7 de julho de 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html#ANEXOXXII
5. Souza JB de, Menegolla GCS, Meneghel D, Pasquetti D, Barbosa S dos SP, Geremia DS, et al. Consulta de Enfermagem: relato de experiência sobre promoção da saúde de pessoas com Diabetes Mellitus. Ciência, Cuidado e Saúde [Internet]. 21 de julho de 2020 [citado 2 de julho de 2024];19. doi: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v19i0.48498>
6. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n.º 736, de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. [Internet]. Brasília; 2024 [citado 7 de julho de 2024]. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. [Internet]. 1. ed.; 1. reimpr. Ministério da Saúde; 2013 [citado 7 de julho de 2024]. 56 p. (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf
8. Cobas R, Rodacki M, Giacaglia L, Calliari LEP, Noronha RM, Valerio C, et al. Diagnóstico do diabetes e rastreamento do diabetes tipo 2. Em: Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes [Internet]. 2022º ed Conectando Pessoas; 2022. doi: <https://doi.org/10.29327/557753.2022-2>.
9. Junior GAP, Guedes HTV, organizadores. Simulação em saúde para ensino e avaliação: conceitos e práticas. 1º ed. São Carlos, SP: Cubo Multimídia; 2021.
10. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo, organizador. Manual de simulação clínica para profissionais de enfermagem. São Paulo, SP: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo; 2020 [citado 7 de julho de 2024]. 142 p. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/12/Manual-de-Simula%C3%A7%C3%A3o-Cl%C3%ADnica-para-Profissionais-de-Enfermagem.pdf>.
11. Schlosser CN, Silva JLG, Andrade SN, Galindo Neto NM, Oliveira FD, Lima MHM, et al. Consulta de enfermagem para o uso de insulina: construção e validação de cenário de

- simulação. Texto contexto - enferm. 2023;32:e20230097. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0097pt>
12. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2019.
 13. Ferraz APDCM, Belhot RV. Taxonomia de Bloom: revisão teórica e apresentação das adequações do instrumento para definição de objetivos instrucionais. Gest Prod. 2010;17(2):421–31. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-530X2010000200015>
 14. Cowperthwait A. NLN/Jeffries Simulation Framework for Simulated Participant Methodology. Clinical Simulation in Nursing. maio de 2020;42:12–21. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2019.12.009>
 15. Fabri RP, Mazzo A, Martins JCA, Fonseca ADS, Pedersoli CE, Miranda FBG, et al. Development of a theoretical-practical script for clinical simulation. Rev esc enferm USP [Internet]. 2017;51(0). doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016265103218>.
 16. International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning, organizador. HEALTHCARE SIMULATION STANDARDS OF BEST PRACTICE® [Internet]. Barueri (SP): Laerdal; 2023 [citado 3 de julho de 2024]. Disponível em: <https://www.inacsl.org/healthcare-simulation-standards-of-best-practice-multiple-languages>
 17. Eppich W, Cheng A. Promoting Excellence and Reflective Learning in Simulation (PEARLS): Development and Rationale for a Blended Approach to Health Care Simulation Debriefing. Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare. abril de 2015;10(2):106–15. doi: <https://doi.org/10.1097/SIH.0000000000000072>
 18. Almeida RGDS, Mazzo A, Martins JCA, Pedersoli CE, Fumincelli L, Mendes IAC. VALIDATION FOR THE PORTUGUESE LANGUAGE OF THE SIMULATION DESIGN SCALE. Texto contexto - enferm. dezembro de 2015;24(4):934–40. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201500004570014>
 19. Franco RS, Franco CAG dos S. Avaliação com o uso de Checklists e Escalas de Avaliação Global. Em: Junior GAP, Guedes HTV, organizadores. Simulação em saúde para ensino e avaliação: conceitos e práticas. 1º ed São Carlos, SP: Cubo Multimídia; 2021.
 20. Fehring RJ. Methods to validate nursing diagnoses. Heart Lung. novembro de 1987 [citado 7 de julho de 2024];16(6 Pt 1):625–9. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/213076462.pdf>
 21. Andrade RP de. Simulação clínica para o manejo de pacientes críticos pediátricos: construção e validação de casos [Dissertação (Mestrado em Enfermagem)]. [Brasília]: Universidade de Brasília; 2021 [citado 7 de julho de 2024]. Disponível em: <http://icts.unb.br/jspui/handle/10482/43204>.
 22. Muzy J, Campos MR, Emmerick I, Silva RS da, Schramm JM de A. Prevalência de diabetes mellitus e suas complicações e caracterização das lacunas na atenção à saúde a

partir da triangulação de pesquisas. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(5):e00076120. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00076120>.

23. Chatterjee R, Venkat Narayan KM, Lipscomb J, Phillips LS. Screening Adults for Pre-Diabetes and Diabetes May Be Cost-Saving. *Diabetes Care*. 1º de julho de 2010;33(7):1484–90. doi: <https://doi.org/10.2337/dc10-0054>
24. Boostel R, Bortolato-Major C, Silva NOD, Vilarinho JDOV, Fontoura ACDOB, Felix JVC. Contribuições da simulação clínica versus prática convencional em laboratório de enfermagem na primeira experiência clínica. *Esc Anna Nery*. 2021;25(3):e20200301. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0301>
25. Araújo MS de, Medeiros SM de, Costa RR de O, Coutinho VRD, Mazzo A, Sousa YG de. Efeito da simulação clínica na retenção do conhecimento de estudantes de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*. 5 de novembro de 2021;34:eAPE000955. doi: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO000955>
26. Bortolato-Major C, Mantovani MDF, Felix JVC, Boostel R, Mattei ÂT, Arthur JP, et al. Autoconfiança e satisfação dos estudantes de enfermagem em simulação de emergência. *REME [Internet]*. 2020. <http://dx.doi.org/10.5935/1415.2762.20200073>
27. Nunes JGP, Freitas PD, Bergamasco EC, Cruz DALMD. Implementação de boas práticas em simulação clínica no ensino em enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2022;35:eAPE00347. doi: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO00347>
28. Silva CCD, Natarelli TRP, Domingues AN, Fonseca LMM, Melo LDL. Prebriefing in clinical simulation in nursing: scoping review. *Rev Gaúcha Enferm*. 2022;43(spe):e20220067. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20220067.en>
29. Barbosa NG, Martin IDS, Nievas AF, Viana AL, Zanetti ACG, Souza JD. Cenário simulado no ensino da visita domiciliar no âmbito da Atenção Primária à Saúde. *REME Rev Min Enferm [Internet]*. 30 de agosto de 2022; 26. doi: <https://doi.org/10.35699/2316-9389.2022.40273>
30. Santos ECN, Almeida RGDS, Meska MHG, Mazzo A. PACIENTE SIMULADO VERSUS SIMULADOR DE ALTA FIDELIDADE: SATISFAÇÃO, AUTOCONFIANÇA E CONHECIMENTO ENTRE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM NO BRASIL. *Cogit Enferm [Internet]*. 4 de outubro de 2021; 26. doi: <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.76730>
31. Meguerdichian M, Bajaj K, Ivanhoe R, Lin Y, Sloma A, de Roche A, et al. Impact of the PEARLS Healthcare Debriefing cognitive aid on facilitator cognitive load, workload, and debriefing quality: a pilot study. *Adv Simul*. 2022; 7(1):40. doi: <https://doi.org/10.1186/s41077-022-00236-x>
32. Góes FDSND, Jackman D. Development of an instructor guide tool: ‘Three Stages of Holistic Debriefing’. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2020;28:e3229. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3089.3229>

APÊNDICE A – ELEMENTOS DO CENÁRIO

Figura 1 – Ficha de Solicitação de Exames

SOLICITAÇÃO DE EXAMES	
NOME	
IDADE	
DATA DE NASCIMENTO	
AMOSTRA	
☐ Sangue:	
☐ Fezes:	
☐ Urina:	
☐ Outros:	
Orientações:	
DATA	ASSINATURA

Fonte: Autor, 2024

Figura 2 – Ficha de Encaminhamento

ENCAMINHAMENTO	
NOME	
IDADE	
DATA DE NASCIMENTO	
ENCAMINHAMENTO PARA O PROFISSIONAL:	
MOTIVO:	
DATA	ASSINATURA

Fonte: Autor, 2024.

Figura 3 – Fórmula para Cálculo do IMC

$$IMC = \frac{\text{peso} (Kg)}{\text{altura}^2 (m)}$$

Fonte: Autor, 2024.

Figura 4 – Instrumento para Consulta com Acrônimo SOAP

SOAP

Nome:	
Idade:	
Data de nascimento:	dd/mm/aaaa ☐
Registro:	
Subjetivo:	
Objetivo:	
Avaliação:	
Plano:	

Fonte: Autor, 2024.

ANEXO A – TABELA DE EXAMES E VALORES PARA DIAGNÓSTICO DE DM

Tabela 2 – Valores preconizados para o diagnóstico de DM tipo 2 e seus estágios pré-clínicos.

Categoria	Glicemia em Jejum*	Teste de Tolerância a Glicose (TTG) duas horas após 75g de glicose	Glicemia Casual†	Hemoglobina glicada (HbA1C)
Glicemia normal	<110	<140	<200	
Glicemia alterada	>110 e <126			
Tolerância diminuída à glicose		≥140 e <200		
Diabetes mellitus	>126	≥200	200 (com sintomas clássicos‡)	>6,5%

Fonte: Brasil, 2013.

* O jejum é definido como a falta de ingestão calórica por, no mínimo, oito horas

† Glicemia plasmática casual é definida como aquela realizada a qualquer hora do dia, sem se observar o intervalo desde a última refeição

‡ Os sintomas clássicos de DM incluem poliúria, polidipsia e polifagia

ANEXO B - SIMULATION DESIGN SCALE VALIDADA PARA PORTUGUÊS

Figura 5 – Simulation Design Scale Validada para Português

Item
Fator 1) Objetivos e informações
1. No início da simulação foi fornecida informação suficiente para proporcionar orientação e incentivo.
2. Eu entendi claramente a finalidade e os objetivos da simulação.
3. A simulação forneceu informação suficiente, de forma clara, para eu resolver a situação-problema.
4. Foi-me fornecida informação suficiente durante a simulação.
5. As pistas foram adequadas e direcionadas para promover a minha compreensão.
Fator 2) Apoio
6. O apoio foi oferecido em tempo oportuno.
7. A minha necessidade de ajuda foi reconhecida.
8. Eu senti-me apoiado pelo professor durante a simulação.
9. Eu fui apoiado no processo de aprendizagem.
Fator 3) Resolução de problemas
10. A resolução de problemas de forma autônoma foi facilitada.
11. Fui incentivado a explorar todas as possibilidades da simulação.
12. A simulação foi projetada para o meu nível específico de conhecimento e habilidades.
13. A simulação permitiu-me a oportunidade de priorizar as avaliações e os cuidados de enfermagem.
14. A simulação proporcionou-me uma oportunidade de estabelecer objetivos para a assistência do meu paciente.
Fator 4) Feedback / Reflexão
15. O <i>feedback</i> fornecido foi construtivo.
16. O <i>feedback</i> foi fornecido em tempo oportuno.
17. A simulação permitiu-me analisar meu próprio comportamento e ações.
18. Após a simulação houve oportunidade para obter orientação / <i>feedback</i> do professor, a fim de construir conhecimento para outro nível.
Fator 5) Realismo
19. O cenário se assemelhava a uma situação da vida real.
20. Fatores, situações e variáveis da vida real foram incorporados ao cenário de simulação.

Fonte: Almeida, Mazzo, Martins, Pedersoli, Fumincelli e Mendes, 2015.