

Saionara Nunes de Oliveira

**SIMULAÇÃO CLÍNICA COM PARTICIPAÇÃO DE ATORES
NO ENSINO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM:
UMA PESQUISA-AÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Enfermagem – Área de Concentração: Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem
Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marta Lenise do Prado.
Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Silvana Silveira Kempfer.
Linha de Pesquisa: Tecnologias e Gestão em Educação, Saúde, Enfermagem.

Florianópolis
2014

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Oliveira, Saionara Nunes de

Simulação clínica com participação de atores no ensino da consulta de enfermagem : uma pesquisa-ação / Saionara Nunes de Oliveira ; orientadora, Marta Lenise do Prado ; co-orientadora, Silvana Silveira Kempfer. - Florianópolis, SC, 2014.

179 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Simulação Clínica. 3. Enfermagem. 4. Consulta de Enfermagem. 5. Educação em Enfermagem. I. Prado, Marta Lenise do. II. Kempfer, Silvana Silveira. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. IV. Título.

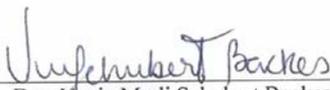
SAIONARA NUNES DE OLIVEIRA

**SIMULAÇÃO CLÍNICA COM PARTICIPAÇÃO DE ATORES
PARA O ENSINO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM:
UMA PESQUISA-AÇÃO**

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 20 de Dezembro de 2013, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem



Dra. Yania Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa

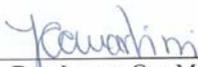
Banca Examinadora:



Dra. Marta Lenise do Prado
Presidente



Dra. Roberta Waterkemper
Membro



Dra. Jussara Gue Martini
Membro



Dra. Soráia Dornelles Schoeller
Membro



Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padill
Membro

Dedico este trabalho

A todos os professores comprometidos com a melhoria do ensino em enfermagem que foram para mim, um dia, inspiração enquanto aluna;

Aos alunos da graduação e especialização em enfermagem que são para mim, hoje, inspiração enquanto docente;

E aos meus amores, Leonardo de Oliveira e Mateus Nunes de Oliveira, que serão, para sempre, minha inspiração enquanto pessoa...

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, fonte de positividade;

À minha família, meu porto seguro;

Ao Leo, meu marido, e ao Mateus, nosso filho, pela parceria de sempre;

Aos amigos, pelo apoio e torcida;

À Universidade Federal de Santa Catarina pelas possibilidades de crescimento que tem me proporcionado;

Ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem PEN/UFSC e todos os seus professores, alunos e colaboradores, por fazerem deste um programa de qualidade;

Ao Grupo de Pesquisa em Educação em Enfermagem – EDEN, pelos momentos de troca e crescimento profissional;

Ao CNPq pelo investimento financeiro nesta pesquisa científica;

Àqueles que de um modo especial contribuíram com este estudo:

Prof^a Marta Lenise do Prado;

Prof^a Silvana Silveira Kempfer;

Prof^a Jussara Gue Martini;

Prof^a Soraia Dorneles;

Prof^a Roberta Waterkemper;

Prof^a Grace Marcon Dal Sasso;

Prof^a Kenya Schimdt Reibnitz

Prof^a Maria Itayra Padilha

Dda Joéli Fernanda Basso;

Dda Mariely Carmelina Bernardi;

Prof^a Karina S. A. Hammerschmidt;

Profª Sassá Moretti;
Profª Seidy Mora Quiros;
Enfª Rita de Cássia Sandoval;
Leonardo de Oliveira
Mateus Nunes de Oliveira
Jaime Alonso Caravaca-Morera
Priscila Serafim;
André Andrade;
Thisa Benfatto

Participantes do estudo: *Maria Catarina, Elisa e Alice*

Muito obrigada!

“Eu ouço e esqueço. Eu vejo e lembro. Eu faço e entendo”.

(Confúcio)

OLIVEIRA, S. N.. **Simulação Clínica com participação de atores para o ensino da consulta de enfermagem: Uma Pesquisa-Ação**. 2013. 179f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

RESUMO

Simulação Clínica é um método de ensino que vem ganhando destaque nos cursos na área da saúde. Na enfermagem é crescente a adesão com utilização de diferentes simuladores. Para o ensino da Consulta de Enfermagem o uso de Paciente Simulado é uma opção promissora pela fidelidade psicológica que proporciona. Este estudo teve por objetivo compreender como a simulação clínica com uso de atores contribui na aprendizagem experiencial da Consulta de Enfermagem. Para isso foi realizada uma Pesquisa-Ação junto a uma disciplina do curso de graduação em enfermagem de uma universidade pública do sul do Brasil que contou com a participação de professores da disciplina, enfermeira do ambulatório do hospital universitário, estudantes do curso de Artes Cênicas e de Enfermagem. A simulação foi realizada em maio de 2013, os dados foram coletados através de observação participante registrada em diário de campo e entrevistas semiestruturadas com os alunos de enfermagem que aconteceram em maio e julho de 2013. Os dados foram organizados segundo a proposta operativa para análise de dados qualitativos de Minayo (2012). Utilizou-se o referencial teórico da Aprendizagem Experiencial de David Kolb (1984). Os resultados desta pesquisa foram organizados na forma de 2 manuscritos: - ***Aprendizagem experiencial por meio da simulação clínica com uso de atores no ensino da consulta de enfermagem: uma Pesquisa-Ação*** que descreve o processo de implementação da simulação clínica através das etapas da Pesquisa-Ação: Planejamento (construção e validação das guias clínicas; seleção e treinamento dos atores; organização e preparo do cenário e convite aos participantes), Ação (aplicação da consulta simulada seguindo os passos do ciclo da aprendizagem experiencial), Observação (coleta de dados) e Reflexão (aprimoramento do método) demonstrando que o uso de atores e cenário real favorece a fidelidade psicológica e que o *debriefing* é o momento chave do processo reflexivo que favorece a formação integral do aluno ao longo da vida através da aprendizagem experiencial; e ***A pedagogia por trás da experiência clínica simulada: uma percepção de discentes de enfermagem*** que identifica como o método favoreceu o desenvolvimento do raciocínio crítico nos alunos,

promovendo a autoavaliação e a aprendizagem experiencial. Os resultados do estudo demonstraram que a Simulação Clínica com participação de atores contribui na aprendizagem experiencial da Consulta de Enfermagem por proporcionar uma vivência autêntica, em ambiente controlado, com intenção pedagógica planejada, capaz de despertar sentimentos verdadeiros que mobilizam os alunos para um protagonismo na busca do conhecimento.

Palavras-chave: Simulação. Simulação de Paciente. Pesquisa Educacional em Enfermagem. Enfermagem. Educação.

OLIVEIRA, S. N. **Clinical Simulation involving actors for teaching nursing consultation: An action research.** 2013. 179f. Dissertation (Master degree in Nursing) – Post Graduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

ABSTRACT

Clinical Simulation is a teaching method that is acquiring prominence in courses among health sciences. In nursing is increasing the adherence by using different simulators. The use of Simulated Patient in the nursing consultation is a promising tool for providing psychological fidelity. This study is aimed at understanding how the use of clinical simulation involving actors contributes to the experiential learning of nursing consultation. For this purpose, we conducted an action-research study alongside with a course in the undergraduate nursing at a public university in southern Brazil that included the participation of professors of nursing, hospital outpatient nurse, university students of Dramatic Arts and Nursing. The simulation was performed in May 2013, data were collected through participant observation and recorded in a field diary and semi-structured interviews with nursing students in May and July 2013. Data were organized according to the operative proposal for analyzing qualitative data of Minayo (2012). We used as a theoretical framework the Experiential Learning by David Kolb (1984). The results of this research have been organized in the form of two manuscripts: ***The experiential learning through the use of clinical simulation with actors in the teaching of nursing consultation: An Action Research study*** that describes the process of implementation of the clinical simulation through the action-research steps: Design (construction and validation of clinical guidelines, selection and training of actors, organization and preparation of the scene and invitation of the participants), Action (application of the simulated consultation following by the steps of the experiential learning cycle), Observation (data collection) and Reflection (improvement of the method), those steps indicate that the use of actors and real scenarios promote psychological loyalty and that *debriefing* is the key moment of the reflective process that facilitates the integral formation of the student throughout the experiential learning; and ***The pedagogy behind the simulated clinical experience: a perception of nursing students*** that identifies how the method privileged the development of critical thinking skills in students, promoting self-assessment and the experiential learning. The study results showed that the Clinical

Simulation with the participation of actors in experiential learning, contributes to nursing consultation by providing an authentic experience in a controlled environment, with pedagogical focused planned, capable of awakening true feelings that mobilize students for leadership in the pursuit knowledge.

Keywords: Simulation. Patient Simulation. Nursing Education Research. Nursing. Education.

OLIVEIRA, S. N. **Simulación Clínica con participación de actores para la enseñanza de la consulta enfermería:** una investigación acción. 2013. 179 p. Disertación (Maestría en Enfermería) – Programa de Post-Graduación en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

RESUMEN

La simulación clínica es un método de enseñanza que se está destacando en los cursos del área de la salud. En Enfermería es creciente la adhesión con el uso de diferentes simuladores. Para la enseñanza de la Consulta de Enfermería el uso del Paciente Simulado es una opción promisoriosa por la fidelidad psicológica que proporciona. Este estudio tuvo por objetivo comprender como la simulación con el uso de actores contribuye en el aprendizaje experiencial de la Consulta de Enfermería. Para eso fue realizada una investigación-acción junto a una materia del curso de graduación de Enfermería de una universidad pública del sur de Brasil que contó con la participación de profesores, enfermera de la clínica ambulatoria del hospital universitario, estudiantes de las carreras de Artes Dramáticas y Enfermería. La simulación fue realizada en mayo de 2013, los datos fueron recolectados a través de la observación participante registrada en diario de campo y entrevistas semi-estructuradas con los alumnos de Enfermería que acontecieron en mayo y julio de 2013. Los datos fueron organizados según la propuesta operativa para el análisis de datos cualitativos de Minayo (2012). Se utilizó como referencial teórico el aprendizaje experiencial de David Kolb (1984). Los resultados fueron organizados en la forma de 2 manuscritos: ***Aprendizaje experiencial por medio de la simulación clínica con uso de actores en la enseñanza de consulta de Enfermería: una investigación-acción*** que describe el proceso de implementación de la simulación clínica a través de las etapas de investigación-acción: Planeamiento (construcción y validación de las guías clínicas; selección y entrenamiento de actores; organización y preparación del escenario e invitación a los participantes), Acción (aplicación de la consulta simulada siguiendo los pasos del ciclo del aprendizaje experiencial), Observación (recolección de datos) y Reflexión (perfeccionamiento del método) demostrando que el uso de actores y escenario real favorece la fidelidad psicológica y que el *debriefing* es el momento llave del proceso reflexivo que favorece la formación integral del alumno a lo largo de la vida a través del aprendizaje experiencial; y ***La pedagogía por detrás de las experiencia simulada: una percepción de discentes de***

Enfermería que identifica como el método favoreció el desarrollo del raciocinio crítico en los alumnos, promoviendo la autoevaluación y el aprendizaje experimental. Los resultados del estudio demostraron que la Simulación Clínica con participación de actores contribuye en el aprendizaje experimental de la consulta de Enfermería por proporcionar una vivencia auténtica, en ambientes controlados, con intención pedagógica planeada, capaz de despertar sentimientos verdaderos que movilizan los alumnos para un protagonismo en la búsqueda de conocimiento.

Palabras llave: Simulación. Simulación de Paciente. Investigación educacional en Enfermería. Enfermería. Educación.

LISTA DE ABREVIATURAS

3-D	Imagem em três dimensões
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
HGT	Hemoglicoteste
HU	Hospital Universitário
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
NOD	Notas de Observação Descritiva
NOR	Notas de Observação Reflexiva
OVA	Objetos Virtuais de Aprendizagem
PBL	Aprendizagem Baseada em Problemas (<i>Problem-Based Learning</i>)
RCP	Reanimação cardiopulmonar
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USP	Universidade de São Paulo

LISTA DE FIGURAS

Figura 1-	Mrs. Chase.....	40
Figura 2 -	Fluxograma de busca nas bases de dados.....	47
Figura 3 -	Ciclo da Aprendizagem experiencial de David Kolb (1984).....	71
Figura 4 -	Ciclo de Kolb (1984) aplicado a Simulação Clínica...	74
Figura 5 -	Passos da Pesquisa-Ação.....	77
Figura 6 -	Ciclo de Kolb (1984) aplicado a Simulação Clínica...	91

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Estudos acerca do uso da simulação no ensino da enfermagem, segundo autor, título, periódico publicado e país 2008-2012.....	48
Quadro 2 - Tipos de simulação utilizada nos estudos acerca do uso de simulação no ensino de enfermagem. 2008-2012.....	53
Quadro 3 - Representação da simulação por competência e conteúdo trabalhado.....	57
Quadro 4 - Competência necessária ao enfermeiro para realização da consulta ao paciente com diabetes.....	66
Quadro 5 - Resumo das situações clínicas da simulação.....	96
Quadro 6 - Exemplo do <i>Checklist</i> : Consulta de enfermagem ambulatorial ao paciente diabético construído para o acompanhamento da atividade simulada.....	98

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1 - Distribuição de publicações por ano.....	52
--	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	27
1.1 OBJETIVO GERAL	31
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	32
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	33
2.1 A FORMAÇÃO CRÍTICA E CRIATIVA DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM	33
2.2 AS METODOLOGIAS ATIVAS PROBLEMATIZADORAS COMO FERRAMENTAS PARA A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO CRÍTICO E CRIATIVO: APRENDIZAGEM PELA EXPERIÊNCIA	35
2.3 SIMULAÇÃO CLÍNICA NO ENSINO EM SAÚDE	37
2.3.1 Simuladores utilizados no ensino em saúde	39
2.3.2 Questões éticas envolvidas no ensino prático dos profissionais de enfermagem.....	42
2.3.3 Utilização da simulação no ensino da enfermagem: revisão integrativa – Manuscrito 1	44
2.4 O ENSINO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM A PESSOAS COM DIABETES	63
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	71
3.1 A APRENDIZAGEM EXPERIENCIAL DE KOLB.....	71
4 PERCURSO METODOLÓGICO	77
4.1 DIMENSÃO ÉTICA DO ESTUDO	87
5 RESULTADOS.....	89
5.1 APRENDIZAGEM EXPERIENCIAL POR MEIO DA SIMULAÇÃO CLÍNICA COM USO DE ATORES NO ENSINO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM: UMA PESQUISA-AÇÃO - MANUSCRITO 2	89

5.2: A PEDAGOGIA POR TRÁS DA EXPERIÊNCIA CLÍNICA SIMULADA: UMA PERCEPÇÃO DE DISCENTES DE ENFERMAGEM - MANUSCRITO 3.....	117
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	135
REFERÊNCIAS.....	137
APÊNDICE A – PROTOCOLO DA REVISÃO INTEGRATIVA	149
APÊNDICE B – SITUAÇÃO CLÍNICA 1.....	153
APÊNDICE C – SITUAÇÃO CLÍNICA 2.....	155
APÊNDICE D – SITUAÇÃO CLÍNICA 3	157
APÊNDICE E – SITUAÇÃO CLÍNICA 4.....	159
APÊNDICE F - SITUAÇÃO CLÍNICA 5.....	161
APÊNDICE G - ROTEIROS DAS SITUAÇÕES CLÍNICAS ADAPTADOS PARA OS ATORES	163
APÊNDICE H - CHECKLIST DE ACOMPANHAMENTO DAS CENAS	171
APÊNDICE I - PRONTUÁRIOS FICTÍCIOS CONSTRUÍDOS PARA O ESTUDO	175
APÊNDICE J – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	177
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	179

1 INTRODUÇÃO

A partir da instituição das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de Graduação em Enfermagem no ano de 2001, as instituições de ensino buscaram adaptar seus projetos pedagógicos visando alcançar um perfil de egresso generalista, humanista, crítico e reflexivo e que atenda as competências de liderança, administração e gerenciamento, comunicação, tomada de decisão, educação permanente e atenção à saúde (BRASIL, 2001). A formação do enfermeiro precisa, a partir desse documento, preparar o profissional para “atender as necessidades sociais, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento” (BRASIL, 2001, p. 3).

Portanto, não se pode mais imaginar que um enfermeiro saia da graduação apenas com um olhar biomédico, centrado em procedimentos técnicos. É necessário que este profissional desenvolva durante sua formação as habilidades de pensamento crítico e criativo que favoreçam a tomada de decisões, que mobilizem para a mudança e a melhoria do sistema de saúde, que saiba trabalhar em equipe e que busque permanentemente sua atualização para um cuidado de excelência. Os quatro pilares fundamentais da educação defendidos por Delors et al, (1998) representam muito bem essa necessidade destacando a importância de aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a conviver e aprender a ser.

Então, se este é o perfil do enfermeiro que desejamos formar, como estamos possibilitando o desenvolvimento deste pensamento crítico e criativo em nossos alunos?

O pensar crítico, segundo Reibnitz e Prado (2006, p.114) é o pensar que facilita o julgamento, pois se baseia em critérios, é bem fundamentado, é autocorretivo, sensível ao contexto, estruturado e passível de defesa e convencimento, se preocupa em evitar o erro e a falsidade. Já o pensar criativo, segundo as mesmas autoras, tem como maior preocupação a “possibilidade de ir além de si mesmo, transcendendo-se”.

Neste sentido as metodologias ativas de ensino aprendizagem surgem como uma estratégia para estimular no aluno o desenvolvimento de competências que vão ao encontro dessa necessidade de mudança na formação profissional visando ir para além do conhecimento técnico,

mecanizado, e conquistar um saber que mobilize os indivíduos na busca permanente do conhecimento.

Metodologia ativa é definida por Fernandes et al (2005) como aquela que possibilita o aprender a aprender, que garanta o aprender fazendo, centrada no aluno, cidadão sujeito do processo do ensino-aprendizado. Defendidas também por Wall, Prado e Carraro (2008) como sendo aquela em que os alunos são os protagonistas de seu processo de aprendizagem e os professores assumem o papel de mediadores/ facilitadores. As metodologias ativas constituem uma possibilidade de implementação do modelo pedagógico apoiado na Pedagogia Crítica proposta por Freire (1996), capazes de estimular no aluno e no professor uma “atuação mais crítica, criativa e também cada vez mais consciente politicamente (no sentido da postura político-pedagógica)” (BERBEL, 1998, p.153).

As metodologias ativas problematizadoras priorizam o aprendizado pela experiência, já que é desta forma que o ser humano desenvolve um aprendizado mais significativo, como afirma Kolb (1984). No entanto, no cenário da formação de profissionais de saúde, as experiências que podem ser vividas pelos alunos esbarram em questões éticas, pois muito frequentemente requerem um processo de intervenção junto ao paciente. E, para isso o aluno precisa estar instrumentalizado antes de prestar cuidados diretos (e muitas vezes invasivos) às pessoas, quer seja em ambiente hospitalar ou residencial, pois é preciso preservar a segurança do paciente.

Essa temática ganha proporção mais significativa a partir do relatório *Errar é Humano: Construindo um Sistema de Saúde Seguro (To Err is Human: Building a Safer Health System)* apresentado pela *National Academy of Sciences*, e publicado em 2000. O documento que trás dados alarmantes do número de mortes ocasionadas por erros médicos nos Estados Unidos, coloca em evidência uma grave situação que vem acontecendo e que precisa de uma providência (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 1999). Por isso, é importante e ético que os alunos ao iniciarem as práticas clínicas em hospitais e demais campos de atenção à saúde, estejam seguros das técnicas que irão desenvolver. Sasso e Souza (2006, p.232) afirmam que não se pode mais permitir que o aluno aprenda “com e em vidas humanas”.

Neste contexto, a simulação torna-se, então, uma estratégia de grande importância para a formação dos profissionais por oferecer a possibilidade de experiência aliada ao ambiente seguro e sem risco de danos ao paciente.

A simulação é definida como:

[...] um processo dinâmico, que envolve a criação de uma oportunidade hipotética, que incorpora uma representação autêntica da realidade, facilitando a participação ativa do aluno e integrando as complexidades do aprendizado prático e teórico com oportunidades para a repetição, *feedback*, avaliação e reflexão (BLAND; TOPPING; WOOD, 2011).

Vários estudos têm apontado vantagens em se utilizar a simulação no ensino em enfermagem. A principal e mais importante é a segurança do paciente que virá a ser cuidado por estes alunos. Segundo Cassiani (2010) a simulação permite aos alunos a vivência em tempo real das consequências de suas ações e decisões, o que favorece uma reflexão crítica perante os erros sem causar danos aos pacientes ou sentimentos de culpa nos alunos.

É possível, por este método, apresentar vários cenários dentro de um ambiente de controle, em que o aluno estará sendo acompanhado pelo professor e poderá executar o procedimento várias vezes até atingir a proficiência. O professor poderá avaliar não só o desempenho técnico como as atitudes comportamentais de cada aluno diante do mesmo caso clínico (GOMEZ; VIEIRA; SCALABRINI NETO, 2011). Nesse sentido, a simulação permite a aquisição de competências que vão além das habilidades técnicas: ela “também anima o pensamento crítico reflexivo acerca de situações reais” (GOMEZ; VIEIRA; SCALABRINI NETO, 2011, p.158), o que vai ao encontro do que é preconizado pelas DCN, reforçando a validade dessa técnica de ensino. Pazin Filho e Scarpelini (2007) também apontam outras potencialidades do uso da simulação no ensino de profissionais da saúde, como o estabelecimento de uma cultura de espírito de equipe e colaboração e a substituição de situações raras, de relação custo-benefício impraticável ou com possíveis implicações éticas.

A experiência limitada ao contexto clínico real encontrado durante o período de estágio de cada aluno tende a prejudicar a avaliação feita pelo professor, pois este se depara com uma situação em que necessita avaliar de forma semelhante alunos que tiveram experiências diferentes. A simulação permite criar o mesmo contexto clínico para avaliar a todos em situações semelhantes (PRETO; MAGALHÃES; FERNANDES, 2010).

Existem algumas barreiras que dificultam o uso da simulação, dentre elas Gomez, Vieira e Scalabrini Neto (2011) destacam: integrar a simulação aos conteúdos curriculares; manter a disciplina e a regularidade de uso e participação em processos de simulação; o tempo necessário para o desenvolvimento de novos cenários; tempo para corrigir e avaliar as atividades; e a orientação sobre o cuidado com os simuladores. Além do custo elevado de muitos materiais.

Quando falamos em laboratórios de simulação de alta tecnologia estamos falando de milhões de reais de investimento em materiais que possuem uma vida útil relativamente pequena, se pensarmos que o avanço da tecnologia torna obsoletos equipamentos eletrônicos em pouco tempo. Obviamente se pensarmos nos benefícios de termos profissionais mais capacitados e na redução de erros na assistência, o custo se justificaria. No entanto, a simulação pode ser desenvolvida de diversas formas utilizando variados recursos. O uso de manequins para a simulação do paciente a ser cuidado já é utilizado há muito tempo. Existem no mercado desde os mais simples simuladores até aqueles que contam com amplo recurso tecnológico. Mais recentemente, com o avanço da informática, os Ambientes Virtuais de Aprendizagem tem sido um recurso de grande impacto no ensino em saúde por atingir um número maior de participantes e ter uma flexibilidade de horário para o estudante escolher o melhor momento de estudar. A participação de pessoas interpretando pacientes é um recurso que visa garantir a fidedignidade sem perder o realismo da interação humana, como a comunicação e a empatia (ARAÚJO; QUILICI, 2012).

Neste sentido, a Simulação Clínica com uso de atores pode ser uma estratégia viável para começarmos a repensar a forma como ensinamos nossos alunos. Por ter um custo relativamente baixo, principalmente quando a Universidade conta com alunos de curso de Artes Cênicas e afins que possam auxiliar neste processo. Este tipo de simulação pode ser utilizado para o desenvolvimento de competências como a realização de consulta de enfermagem, exame físico, comunicação terapêutica, conflitos éticos, trabalho em equipe, entre outros. A participação de atores pode dar mais realismo às cenas que explorem a comunicação, e assim, favorecer o processo de simulação clínica (DUDLEY, 2012).

Minha experiência como aluna de graduação em enfermagem reforça esta necessidade de repensarmos a forma como inserimos os alunos no cuidado direto ao paciente. Muitas vezes me vi em um ambiente de cuidado que me exigia competências muito mais complexas do que eu havia desenvolvido no laboratório de habilidades, como a

forma de abordar o familiar de um paciente em parada cardíaca, ou mesmo de lidar com os diferentes perfis de pacientes: agressivos, deprimidos, pouco falantes, ansiosos etc. Depois de graduada tive outras experiências como professora que fortaleceram ainda mais essa minha inquietação. Precisava levar os alunos a desenvolverem a consulta de enfermagem em nível ambulatorial, com pacientes diabéticos, no entanto, os alunos tinham tanto medo de não saber o que falar ou responder a uma possível pergunta do paciente que tornava essa experiência muito sofrida por tamanha ansiedade que causava. Outro ponto importante nesse contexto e que precisa ser mencionado, é que nem sempre o aluno possui a competência necessária para lidar com determinadas situações que o paciente apresenta naquele momento e que foge do nosso controle, o que pode frustrar de certa forma o estudante exposto a esse cenário. Sem contar os imprevistos que um cenário real pode sofrer como a falta do paciente que estava agendado, a recusa deste de ser atendido por um aluno, mesmo que acompanhado pelo professor, entre outros.

De acordo com a Lei do Exercício Profissional, a Consulta de Enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro (BRASIL, 1986). Devendo ser desenvolvida obrigatoriamente na assistência de enfermagem em todos os níveis de assistência a saúde, em instituição pública ou privada (COFEN, 1993).

A responsabilidade implicada nesta atividade precisa ser trabalhada na formação, pois diferente de contextos de internação em que o enfermeiro possui controle sobre a realização dos cuidados prescritos, incluindo alimentação, medicação e complicações, no contexto ambulatorial a eficiência do cuidado depende da qualidade das orientações prestadas, do olhar clínico apurado que identifica possíveis riscos e ainda da relação de confiança estabelecida entre profissional e paciente já que é ele quem vai ser o grande responsável por sua saúde no domicílio.

Neste contexto, movida por essas inquietações e querendo propor uma alternativa viável para a melhoria do ensino de enfermagem, de forma que preserve a segurança do paciente ao mesmo tempo em que melhore o preparo do aluno para lidar com o paciente real, trago o seguinte questionamento: Como a simulação clínica com uso de atores contribui no processo de aprendizagem experiencial da consulta de enfermagem?

1.1 OBJETIVO GERAL

Compreender como a simulação clínica com participação de atores contribui na aprendizagem experiencial da consulta de enfermagem

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Propor e implementar uma aprendizagem experiencial por meio da Simulação Clínica com uso de atores para o ensino da consulta de enfermagem

Analisar a percepção de estudantes de enfermagem quanto à vivência da Simulação Clínica com participação de atores sob a ótica de Kolb.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A FORMAÇÃO CRÍTICA E CRIATIVA DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

As DCN, estabelecidas em 1996 com a regulamentação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) substituíram os Currículos Mínimos que orientavam os cursos de educação superior desde 1961 (BRASIL, 2003).

Os Currículos Mínimos eram uma forma de padronizar o ensino visando à qualidade da formação através de uma grade curricular única para todas as instituições de ensino do país, as quais deveriam seguir conteúdos pré-determinados, o que engessava o ensino, pois não considerava os contextos sociais. Pode-se dizer que era uma forma de transmissão de conteúdo que inibia a criatividade e a inovação nas instituições (BRASIL, 2003).

As DCN propõem uma visão de educação superior como um processo contínuo, autônomo e permanente em que o foco é a formação básica fundamentada na competência teórico-prática de um profissional adaptável às novas e emergentes demandas (BRASIL, 2003). Constituem-se em “orientações para elaboração dos currículos que devem ser necessariamente respeitadas por todas as instituições de ensino superior. Visando assegurar a flexibilidade e a qualidade da formação oferecida aos estudantes” (BRASIL, 1997, p.2).

As DCN para o Curso de Graduação em Enfermagem propõem como perfil do formando, o enfermeiro generalista, humanista, crítico e reflexivo, que tenha desenvolvido durante o curso as seguintes competências: Atenção a Saúde, que diz respeito ao desenvolvimento de ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação tanto a nível individual quanto coletivo; Tomada de decisões, referente à habilidade de sistematizar e decidir a conduta mais apropriada em diversas situações; Comunicação, que envolve o domínio da escrita, leitura, comunicação verbal e não verbal, domínio de pelo menos uma língua estrangeira, de tecnologias de comunicação e informação além da capacidade de manter a confidencialidade das informações; Liderança, que envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz; Administração e Gerenciamento, tanto dos recursos físicos, materiais e de informação quanto da força de trabalho; Educação Permanente, que está relacionada não só a própria atualização mas

também ao compromisso de formar novos profissionais inseridos nos serviços através dos estágios (BRASIL, 2001).

Para isso, a estrutura dos cursos de Graduação em Enfermagem deve assegurar entre outros, a definição de estratégias pedagógicas capazes de atender a esta expectativa de egresso, deve-se articular o “saber fazer ao saber conviver visando desenvolver o aprender a aprender, o aprender a ser, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a conhecer que constituem atributos indispensáveis a formação do Enfermeiro” (BRASIL, 2001, p.6).

A busca por este perfil profissional de sujeito social com competências técnicas, mas também éticas e políticas, com responsabilidade e compromisso social com raciocínio crítico e criativo exige das instituições formadoras uma mudança em suas práticas pedagógicas visando uma maior proximidade da realidade social (MITRE et al, 2008).

Neste contexto, se faz necessário a adoção de metodologias de ensino que sejam capazes de afastar o aluno da posição de receptor de conhecimento e passem a integrá-lo de forma ativa na busca e construção permanente dos saberes, o que também modifica o papel do professor que passa de transmissor para facilitador do processo de ensino aprendizagem (FERNANDES et al, 2005).

Mas o que é ser um profissional crítico e criativo? O pensar crítico, segundo Reibnitz e Prado (2006, p.114) é o pensar que facilita o julgamento, pois se baseia em critérios, é bem fundamentado, é autocorretivo, sensível ao contexto, estruturado e passível de defesa e convencimento, se preocupa em evitar o erro e a falsidade. Já o pensar criativo, segundo as mesmas autoras, tem como maior preocupação a “possibilidade de ir além de si mesmo, transcendendo-se”.

O profissional crítico toma decisões fundamentadas em critérios, baseadas na verdade e na justiça, busca compreender os fenômenos de forma racional sendo, no entanto, sensível ao contexto. O profissional criativo não tem medo de inovar, buscar alternativas, é motivado para a mudança sem desconsiderar a razão. Quando se unem essas duas características em um mesmo profissional, desenvolve-se algo essencial para a Enfermagem, a postura investigativa, que não espera respostas prontas, que é capaz de julgar situações baseando-se em critérios, e acima de tudo, é capaz de questionar suas verdades e construir um novo saber (REIBNITZ; PRADO, 2003).

O raciocínio crítico e a criatividade são habilidades que podem ser ensinadas, estudadas e aprendidas, cabendo à comunidade de

investigação - professores e alunos - o papel de favorecer um ambiente que permita o seu exercício (LIPMAN, 1995).

Paulo Freire defende uma pedagogia crítica e libertadora que faça das pessoas agentes de mudança na sociedade. Para o autor, a conscientização, finalidade da educação, compreende o desenvolvimento crítico da tomada de consciência (FREIRE, 1979).

2.2 AS METODOLOGIAS ATIVAS PROBLEMATIZADORAS COMO FERRAMENTAS PARA A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO CRÍTICO E CRIATIVO: APRENDIZAGEM PELA EXPERIÊNCIA

Metodologias Ativas são estratégias de ensino-aprendizagem que utilizam experiências reais ou simuladas para despertar a curiosidade do aluno mobilizando-o para a busca de conhecimento, realização de análise e tomada de decisão individual ou coletiva visando à solução de problemas em diferentes contextos da prática social (BERBEL, 2011).

Nesta concepção educativa o aluno participa e se compromete com seu aprendizado. Ao professor cabe a função de facilitar esse processo, buscando uma prática educativa “ética, crítica, reflexiva e transformadora, ultrapassando os limites do treinamento puramente técnico, para efetivamente alcançar a formação do homem como ser histórico, inscrito na dialética da ação-reflexão-ação” (MITRE et al, 2008, p. 2134).

O professor precisa se adequar às novas tecnologias de educação e os alunos, necessitam adquirir novas habilidades para aprender, pois deixam de ser receptores passivos para tornarem-se agentes ativos no processo de ensino aprendizagem (SILVEIRA e ROBAZZI, 2011).

Alguns autores defendem que a aprendizagem se dá de forma mais efetiva através da experiência, dentre eles podemos citar Lewin que utilizava a experimentação do “aqui e agora” seguida da coleta de dados e observação. Para o autor, a aprendizagem se dá por um sistema de *feedback*. Dewey apresenta uma ideia semelhante à teoria lewiniana e defende a aprendizagem como um processo dialético integrando experiências e conceitos. Para Piaget, as dimensões da experiência e conceitos, reflexão e ação formam a base para o desenvolvimento do pensamento adulto (KOLB, 1984).

Paulo Freire também apresenta uma proposta de aprendizagem problematizadora que preconiza a ação-reflexão-ação, uma maneira de ensinar e aprender de forma reflexiva em problemas cotidianos de

maneira a transformar a realidade. (FREIRE, 2005). Para o autor “ninguém nasce feito: é experimentando-nos no mundo que nós aprendemos” (FREIRE, 2008, p. 40).

Neste sentido, a aprendizagem não se dá ao reproduzir a realidade, mas em “ser capaz de elaborar uma representação pessoal sobre esta e seus conteúdos”, resignificando essas vivências, reais ou simuladas para construção de saberes que contribuirão com a qualidade profissional (VARGA et al, 2009).

A principal razão para adoção de metodologias ativas no ensino em saúde é justamente o objetivo de formar o profissional crítico, criativo, agente de mudança e capaz de acompanhar a evolução do conhecimento (FERNANDES et al, 2005).

O uso de metodologias de ensino criativas e inovadoras na área da saúde também se justifica dentre outras razões, pelo aumento no número de alunos nos cursos com uma queda na proporção de docentes, diminuição da disponibilidade de locais clínicos para a prática e conseqüentemente menor quantidade de pacientes para o desenvolvimento de experiência (BEYER, 2009).

Todavia, para que essas metodologias de fato favoreçam a formação do profissional crítico e criativo, não basta inseri-las no plano de ensino dos cursos, é preciso que os professores compreendam o objetivo destas metodologias de modo “significativo e qualificado no sentido de aumentarem a resolutividade de cuidado em saúde” (LIMA; KOMATSU; PADILHA, 2003, p.179).

Sendo assim, é preciso que os professores que acompanham os alunos nas experiências clínicas tenham sensibilidade para lidar com as suas dificuldades e sentimentos transformando-os em sujeitos ativos no processo de aprender num ambiente de estímulo e compreensão; pois a aprendizagem só será efetiva se ocorrer “não uma repetição da situação através da memorização visual ou mecânica, mas uma construção do conhecimento de forma individualizada numa atitude de criação e recriação, numa autoformação para uma transformação da realidade” (GOMES; GERMANO, 2007, p.207).

Waterkemper e Prado (2011) apontam que as metodologias ativas vêm sendo amplamente exploradas como estratégias de ensino nos cursos de graduação em enfermagem. O estudo identificou 29 estratégias sendo que as mais utilizadas são: a Simulação, os Programas *online*, a Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL) e o Estudo de Caso.

Dentre as metodologias ativas inovadoras destacam-se as problematizadoras, em que os problemas a serem estudados surgem da

observação de um contexto, feita pelo aluno, destacando-se a Problematização e a PBL (SILVEIRA; ROBAZZI, 2011).

A Problematização tem seu uso documentado a partir da Metodologia do Arco de Charles Maguerez apresentado por Bordenave e Pereira (1982). O Arco é um esquema de cinco passos: Observação da Realidade, Pontos-Chave, Teorização, Hipóteses de Solução e Aplicação a Realidade (BORDENAVE; PEREIRA, 1982). Neste método o problema sempre parte de experiências reais, entretanto no ensino de enfermagem isso pode ser um “desafio quando apenas oportunidades aleatórias estão disponíveis nas experiências clínicas” (AEBERSOLD; TSCHANNEN; BATHISH, 2012, p.2).

A PBL é uma proposta curricular em que os problemas de ensino são elencados por especialistas visando discutir os assuntos necessários e essenciais para a formação (BERBEL, 1998). Os estudos criados por professores podem abranger um grande número de situações clínicas, mas não proporcionam o “fazer”, ou seja, a experiência concreta para promover o aprendizado de forma efetiva, já que os problemas são casos fictícios ou não, apresentados em forma de texto.

A simulação clínica é um exemplo de metodologia ativa de ensino na área da saúde e pode ser considerada uma proposta que une o realismo da problematização e o ensino direcionado da PBL, proporcionando ao aluno uma experiência significativa e não aleatória. Necessita de organização, planejamento estratégico, técnica, processo e ferramentas, é esse conjunto que compõe a simulação, cada item é apenas uma parte do todo. “A simulação utiliza tecnologia, possui ferramentas como os simuladores, mas estes não abarcam toda a significação da simulação, apenas fazem parte dela” (ARAÚJO; QUILICI, 2012. p.4).

2.3 SIMULAÇÃO CLÍNICA NO ENSINO EM SAÚDE

A simulação entendida como “a imitação de algo real” tem sido realizada ao longo da história como forma de resolução de problemas, aquisição de conhecimento e julgamento. A primeira simulação militar foi através da criação do jogo de xadrez datada do século VI. A aviação teve seu primeiro simulador de voo conhecido como “caixa azul” no século XX. Na saúde já se utilizavam cadáveres como forma de simular o paciente (ROSEN, 2008).

Simulação é a imitação ou representação de um ato ou sistema por outro (SOCIETY FOR SIMULATION IN HEALTHCARE, 2012). Pode ser definida como uma “situação ou lugar criado para permitir que

um grupo de pessoas experimente a representação de um acontecimento real com o propósito de praticar, aprender, avaliar ou entender sistemas ou ações humanas” (GONZÁLEZ GÓMEZ et al, 2008, p.612).

A simulação clínica, no entanto é definida como

[...] um processo dinâmico que envolve a criação de uma oportunidade hipotética que incorpora uma representação autêntica da realidade, facilitando a participação ativa do aluno e integrando as complexidades do aprendizado prático e teórico com oportunidades para a repetição, *feedback*, avaliação e reflexão (BLAND; TOPPING; WOOD, 2011).

A Simulação na área da saúde pode-se dizer que tem quatro objetivos principais - *educação, avaliação, pesquisa e integração do sistema de saúde*, facilitando a segurança do paciente (SOCIETY FOR SIMULATION IN HEALTHCARE, 2012).

Araújo e Quilici (2012) apresentam a simulação clínica nas seguintes fases:

1) *Sessão informativa*: acontece cerca de duas semanas antes da simulação, é uma fase não presencial em que os alunos recebem a orientação de estudo sendo de grande utilidade o *e-learning*;

2) *Introdução aos ambientes*: é uma fase presencial em que os participantes recebem orientações gerais sobre a temática. Nesta fase são levantadas as expectativas formadas durante a sessão informativa;

3) *Entrada da teoria*: Nesta etapa, através de métodos ativos de ensino, a teoria é explorada com os participantes;

4) *Reunião informativa sobre o cenário (briefing)*: nesta fase os participantes recebem informações sobre o caso clínico que será simulado, são informações básicas suficientes para o desenvolvimento da simulação. É um momento de contextualizar a situação clínica que será vivenciada;

5) *Cenário/ sessão de simulação*: É a fase de desenvolvimento da cena, os cenários são preparados previamente de modo a reproduzir da forma mais fidedigna a realidade clínica. O planejamento do cenário precisa ser baseado nos objetivos que se deseja trabalhar, estes devem ser poucos, dois ou três por sessão. Recomenda-se que os cenários sejam testados a fim de impedir imprevistos. Durante

a realização da cena um sistema de áudio e vídeo deve estar disponível para gravá-la, as imagens serão trabalhadas na próxima fase;

6) *Debriefing*: Nesta fase os participantes interagem, mediados por um facilitador, e podem refletir sobre a experiência vivenciada; é o diálogo entre duas ou mais pessoas para rever um evento simulado ou atividade de modo a explorar, analisar e sintetizar as ações desenvolvidas, os processos de pensamento formulados e as emoções desencadeadas para melhorar o desempenho em situações reais.

Para sistematizar o ensino baseado em simulação clínica algumas ferramentas didáticas são utilizadas. As Guias Clínicas são instrumentos elaborados pelos docentes e devem refletir os objetivos pedagógicos da instituição. Podem ser divididas em Guias de Manejo, de Procedimento e de Estudo. As Guias de Manejo são instrumentos que auxiliam na montagem e manutenção dos simuladores, dos cenários e são úteis para a logística do laboratório, pois esse conhecimento fica acessível a qualquer funcionário do laboratório através deste documento. As Guias de Procedimento são *checklists* do passo a passo de procedimentos e facilitam o estudo dos alunos quando em treinamento de habilidades, pois proporcionam uma verificação dos pontos que o aluno ainda precisa aperfeiçoar. As Guias de Estudo são instrumentos mais estruturados, compreendem o caso clínico, o simulador a ser utilizado e exigem do aluno um conhecimento prévio para que consiga desenvolver o cenário. Neste estágio não basta, por exemplo, identificar um som respiratório anormal, é preciso relacioná-lo com a história clínica e justificar sua relação com a patologia apresentada, por exemplo (AMAYA AFANADOR, 2011).

2.3.1 Simuladores utilizados no ensino em saúde

Os simuladores são dispositivos que visam reproduzir total ou parcialmente uma realidade, são ferramentas utilizadas no processo ensino-aprendizagem e podem ser divididos em três grandes grupos: pacientes simulados (atores), simuladores de pacientes (manequins) e programas de softwares (material interativo) (PRETO; MAGALHÃES; FERNANDES, 2010).

São classificados de acordo com sua fidelidade, que pode ser física ou funcional. A fidelidade física ou de engenharia, está relacionada à capacidade que o simulador ou ambiente tem de replicar características físicas da tarefa verdadeira, e são referidos como de fidelidade baixa, média/moderada ou alta de acordo com sua proximidade com a realidade. A fidelidade funcional ou psicológica está

relacionada com o grau de complexidade do cenário, e também é classificada como de baixa, média e alta fidelidade (ARAÚJO; QUILICI, 2012).

O registro sobre o uso de simuladores para o ensino de enfermagem data de 1910, quando uma enfermeira encomenda a uma fábrica de brinquedos uma boneca em tamanho adulto para o ensino de habilidades como troca de roupas, mudanças de posições e cuidados de higiene e conforto, entre outras. A boneca recebeu o nome de Mrs "Chase" fazendo referência ao sobrenome de sua criadora que se inspirou no próprio biotipo para fabricá-la (HERRMAN, 2008). Figura 1

Figura 1- Mrs. Chase



Fonte: Nickerson, Michael, and Melissa Pollard. "Mrs. Chase And Her Descendants: A Historical View Of Simulation." *Creative Nursing* 16.3 (2010): 101-105. Academic Search Elite. Web. 13 Nov. 2013.

No entanto, o que é trazido como um dos primeiros eventos significativos na história da simulação médica é o simulador de respiração boca-a-boca, criado em 1960 pela empresa Laerdal® que recebeu o nome de Resusc Annie® por seu rosto ser baseado na máscara mortuária de uma jovem que morreu afogada no rio Sena. Esse simulador foi aperfeiçoado com uso de molas para a prática de RCP (ROSEN, 2008).

Um pouco mais tarde entra no mercado o simulador cardiorrespiratório Harvey® da mesma empresa que permanece a mais de 40 anos sendo utilizado como recurso didático. Além deste, a empresa possui outros simuladores sendo que um dos mais recentes

possui dentre outras funções movimentos e sons respiratórios, pulso, reflexo pupilar, tosse, sons cardíacos, sons abdominais além de comunicação verbal controlada por microfone (NICKERSON, POLLARD, 2010).

Os simuladores de baixa fidelidade (física) são manequins estáticos sem interação ou resposta, tem anatomia exterior semelhante á humana, pode ser de corpo completo ou parcial, permite movimentos grosseiros nas principais articulações. Tem um custo relativamente baixo e manutenção simples. É indicado para a prática de punção venosa, sondagem nasogástrica, cateterismo vesical entre outros (MARTINS et al, 2012; ARAÚJO; QUILICI, 2012).

Já os simuladores de média fidelidade (física) possuem sons respiratórios e cardíacos (sem expansividade torácica), permitem monitorização do traçado de eletrocardiograma, podem apresentar sons pré-gravados como tosse, vômito, gemido. Tem custo superior aos de baixa fidelidade e a manutenção exige conhecimento técnico especializado. É indicado para o treinamento de habilidades como a identificação de parada cardiorrespiratória e início de manobras de reanimação (MARTINS et al, 2012).

Desenvolvidos inicialmente para o treino na área de anestesia, os manequins de alta fidelidade tem sido utilizados atualmente na formação de diversos profissionais da área da saúde. São manequins de corpo inteiro que apresentam respostas fisiológicas controladas por computador. Apresentam respiração espontânea, expansividade torácica, sons cardíacos e pulmonares, fala, cianose, diaforese entre outros (ARAÚJO; QUILICI, 2012; MARTINS et al, 2012).

Outros tipos de dispositivos empregados na simulação denominam-se *part task trainers*, que são partes anatômicas para o treinamento de habilidades como braços para punção venosa, pelve para treinamento de sondagem vesical etc. Esses simuladores podem ser utilizados isolados ou associados a outros simuladores (ARAÚJO; QUILICI, 2012).

A Realidade Virtual também é um recurso utilizado na simulação, sendo que Braga (2001, p.2) a define como: uma técnica avançada de interface, na qual o usuário realiza imersão (estar dentro do ambiente), navegação e interação em um ambiente resumidamente tridimensional gerado pelo computador por intermédio de vias multissensoriais. Com a utilização da computação gráfica tridimensional é possível simular, por exemplo, cirurgias por laparoscopia (ARAÚJO; QUILICI, 2012).

Os Simuladores baseados em programas de computadores são recursos interativos que auxiliam na resolução de problemas como o simulador de eletrocardiograma (ARAÚJO; QUILICI, 2012).

Já os *Game Based Simulation* como o *second life*®, são jogos de computadores interativos que reproduzem a vida em diferentes ambientes. No *second life hospital*® os participantes ao realizar o cadastro podem criar um personagem e interagir com outros participantes simultaneamente em um contexto clínico (ARAÚJO; QUILICI, 2012).

Um recurso também utilizado é o Simulador Híbrido, trata-se do uso simultâneo de dois tipos de simuladores diferentes, é comumente utilizado para realizar procedimentos sem perder a realidade proporcionada por um paciente real (ator), com este recurso podem ser desenvolvidas tanto habilidades técnicas como comportamentais. Pode-se simular um atendimento ao parto com uma atriz utilizando um simulador de parto - *part task trainer* (ARAÚJO; QUILICI, 2012).

Este contexto de simulação, conta também com um a possibilidade do uso de Pessoas (atores/pacientes) os chamados Pacientes Simulados, recurso amplamente utilizado para o treinamento de habilidades como: entrevista e exame físico, e pode ser realizado com qualquer pessoa que se disponha a interpretar (DUDLEY, 2012). Este tipo de simulação que iniciou em centros da América do Norte, hoje ganha adeptos em todo o mundo e gradativamente também no Brasil (TRONCON, 2007).

O *Role-playing* é uma variação desse recurso, utilizando os próprios alunos e professoras neste “jogo de papeis” em que em um momento o aluno representa o paciente e em outro representa o profissional (RIERA; CIBANAL; MORA, 2010).

A realização de simulação clínica com Pacientes Simulados pode proporcionar uma simulação de alta fidelidade psicológica em situações em que a interação humana se faz necessária e que mesmo simuladores de alta tecnologia não são capazes de reproduzi-la, além de não exigir os custos de uma simulação de alta tecnologia.

2.3.2 Questões éticas envolvidas no ensino prático dos profissionais de enfermagem

Para que os alunos de enfermagem aprendam de forma experiencial, muitos cursos utilizam estratégias para o treinamento de habilidades, como administração de medicação parenteral, sondagem, curativo, imobilização, dentre outros, nos próprios alunos. Muitos, no

entanto, acabam desenvolvendo essas habilidades diretamente nos pacientes reais que se encontram nos hospitais e ambientes de cuidado (MARTINS et al, 2012).

Diante deste contexto, algumas questões precisam ser discutidas sobre esta realidade: é ético expor alunos de um curso de graduação ao risco de um procedimento invasivo para que habilidades sejam praticadas? Os pacientes que se encontram em hospitais-escola precisam ser expostos ao cuidado de um aluno inexperiente para que ele possa treinar suas habilidades? E seria justo com os próprios alunos colocá-los em situações de estresse extremo cuidando de vidas humanas, sem que tenham praticado e aprendido com seus erros em ambiente simulado?

Um parecer do Conselho Regional de Enfermagem COREN-SP (CAT N° 012/2009) que dispõe sobre o treinamento de técnicas injetáveis utilizando os próprios alunos na formação profissional orienta que esse treinamento, mesmo que com supervisão do professor enfermeiro, deve ser evitado, considerando-se que a escola não terá respaldo legal em caso de qualquer intercorrência ou agravo que possa ser posteriormente questionado pelo próprio aluno.

O código de ética dos profissionais de enfermagem em seu artigo 94 apresenta como proibido ao profissional de enfermagem “realizar ou participar de atividades de ensino ou pesquisa em que o direito inalienável da pessoa, família ou coletividade seja desrespeitado ou ofereça qualquer tipo de risco ou dano aos envolvidos” (COFEN, 2007).

Neste sentido, a simulação possibilita transmitir “uma mensagem educacional crítica e ética para todos: os doentes devem ser protegidos sempre que possível e eles não são mercadorias para serem utilizados como conveniências de treinamento” (ZIV et al, 2003, p.783).

Proteger os futuros pacientes dos riscos de um cuidado deficiente é um dever dos professores que participam da formação dos estudantes. A simulação é uma estratégia que garante um aprendizado efetivo não só de habilidades técnicas como comportamentais, privar o ensino do uso desta ferramenta é violar esta responsabilidade docente (BERNDT, 2010).

Vale ressaltar que, mesmo considerando a importância ética de cenários simulados, a simulação clínica não pode substituir totalmente as experiências reais, pois é preciso que o aluno desenvolva aspectos humanos nos cenários, já que o contato com pacientes reais envolve imprevistos nem sempre abordados na simulação (BERNDT, 2010).

2.3.3 Utilização da simulação no ensino da enfermagem: revisão integrativa – Manuscrito 1

RESUMO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que buscou identificar como a simulação vem sendo utilizada atualmente no ensino da graduação em enfermagem, a partir de publicações científicas indexadas nas bases de dados Lilacs, Medline, Pubmed, Eric e Cinahl, no período entre 2008 e 2012. Seguindo os critérios de busca, totalizaram-se 54 estudos selecionados para análise, dos quais 89% (48) foram publicados em periódicos estrangeiros e 11% (6) publicados em periódicos nacionais. Os tipos de simuladores utilizados no ensino de graduação de enfermagem incluem Simulador de Paciente (manequim), Pacientes Simulados (pessoas no papel de paciente, *Role-play*), Objetos Virtuais de Aprendizagem (software de jogos educativos, vídeos, áudios, tecnologia web), métodos mistos, alguns estudos apresentam uma comparação entre simuladores. Os conteúdos trabalhados na simulação envolvem: cuidados em situações agudas, atenção psicossocial, saúde materno infantil, atendimento ambulatorial, cuidados médico-cirúrgicos, semiologia, deontologia, liderança, comunicação e comportamento profissional. O uso da simulação para o trabalho interdisciplinar também é relatado e representa um avanço para o ensino em saúde.

Descritores: Simulação; Enfermagem; Educação.

INTRODUÇÃO

A educação na área da saúde é influenciada pelo avanço tecnológico. A velocidade da informação, associada ao progresso do conhecimento, exige metodologias de ensino inovadoras que acompanhem essa evolução e proporcionem uma formação mais crítica e criativa aos alunos, distanciando-se de métodos antigos, vinculados à repetição e memorização (ARAÚJO; QUILICI, 2012).

As metodologias ativas de ensino e aprendizagem se configuram em uma possibilidade de mudança deste paradigma, na medida em que, fundamentam-se na mudança do protagonismo do educador para o educando, assumindo uma dinâmica de trabalho aberta, coletiva, integradora e facilitadora da aprendizagem. O discente toma para si seu processo de conhecimento da realidade, a partir de sua vivência e de sua interpretação do mundo que o cerca, aproximando sua

formação e suas expectativas discentes do contexto (WALL; PRADO; CARRARO, 2008).

Alguns eventos históricos normalmente mudam o rumo da sociedade e de seu processo de desenvolvimento. No caso da enfermagem, e de seu campo de atuação profissional, observa-se um movimento vinculado ao cuidado centrado na ética, princípios coletivos e segurança. A segurança do paciente passa a ser foco de discussão após a divulgação do relatório "Errar é Humano: Construindo um Sistema de Saúde mais Seguro" ("*To Err is Human: Bulding a Safer Health System*") em 1999, pelo Instituto Americano de Medicina em que se estimou que entre 44.000 e 98.000 pacientes morressem por ano nos Estados Unidos devido a erros médicos. A preocupação com a formação dos profissionais da saúde aumentou e o uso da simulação começou a ganhar destaque (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 1999).

A Simulação como método de ensino vinculado as metodologias ativas, vem ganhando espaço nas universidades do mundo, se tornando frequente nos cursos de graduação em enfermagem (AEBERSOLD; TSCHANNEN; BATHISH, 2012). A simulação é entendida como "situação ou lugar criado para permitir que um grupo de pessoas experimente a representação de um acontecimento real, com o propósito de praticar, aprender, avaliar ou entender sistemas ou ações humanas" (GOMEZ; VIEIRA; SCALABRINI NETO, 2008, p.612).

Existem diferentes formas de utilização da simulação no ensino em saúde; na enfermagem, é comum o uso de laboratórios de habilidades para o treinamento de procedimentos em manequins, mas nem sempre foi assim. Martins et al (2012) apontam, que enfermeiros formados entre 1970 e 1980 no Brasil e em Portugal realizaram sua primeira coleta de sangue em um colega de curso, e, foram desenvolver procedimentos mais complexos pela primeira vez, diretamente em pacientes.

Entende-se que com os recursos tecnológicos disponíveis hoje, é possível proporcionar o aprendizado simulado antes que os discentes iniciem os cuidados a pacientes reais, o que contribui para uma formação crítica, criativa e responsável.

Neste sentido, este estudo tem como objetivo: Conhecer como a simulação vem sendo utilizada no ensino de graduação de enfermagem.

METODOLOGIA

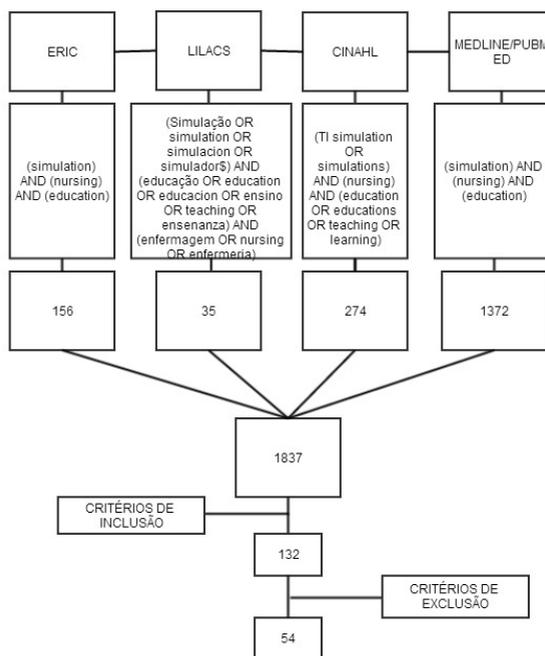
Para alcançar o objetivo deste estudo, realizou-se uma Revisão Integrativa de Literatura, caracterizada como uma forma de obter a

síntese de uma determinada temática, ao reunir variadas fontes de investigação de forma sistematizada (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Nesta revisão seguiram-se as seguintes etapas: 1) Seleção da pergunta de pesquisa; 2) Busca na literatura; 3) Caracterização dos estudos; 4) Análise dos achados; 5) Interpretação dos resultados; 6) Síntese da revisão (GANONG, 1987). Para capturar as informações na literatura, utilizou-se a seguinte questão norteadora: Como a simulação vem sendo utilizada no ensino de graduação em enfermagem?

A busca foi realizada via acesso restrito da universidade, nas bases de dados *Education Resources Information Center* (ERIC); *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE/ PUBMED), em maio de 2013. O período de coleta foi de 5 anos (2008 – 2012) para obter uma panorama atual. Os critérios de inclusão foram textos completos, disponíveis *online*, nos idiomas inglês, português e espanhol. Foram utilizados termos livres baseados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCs): *simulation, nursing, education, teaching, learning, students* (APÊNDICE A), agrupados conforme exposto na Figura 2. A primeira busca com estes termos recuperou 1837 trabalhos, porém, ao aplicar o primeiro filtro (ano, texto completo e idioma) o número de trabalhos reduziu para 132. Após a leitura dos resumos, foi aplicado o segundo filtro, que foram os critérios de exclusão: Editoriais; Cartas; Artigos de Opinião; Projetos de Pesquisa; Comentários; Resumos em Anais; Ensaios; Publicações duplicadas; Teses; Dissertações; TCC; Documentos oficiais de Programas Nacionais e Internacionais; Livros; Revisões de Literatura e Artigos de reflexão. Também foram excluídos os trabalhos que não apresentaram o uso da estratégia da simulação e pesquisas não realizadas com estudantes de graduação em enfermagem.

Neste contexto, foram excluídos 78 artigos (19 revisões de literatura; 17 por não abordar a simulação como foco do estudo; 24 por não trabalhar com alunos da graduação de enfermagem, 14 por não se enquadrar como estudo primário, 1 por ser projeto de pesquisa e 3 que foram excluídos por repetição). A amostra final foi composta por 54 artigos, os quais foram identificados com código alfa numérico: número indicativo da ordem que aparece no quadro (1 a 54) seguido de uma letra que indica o tipo de simulador utilizado no estudo (O: objeto virtual de aprendizagem; M: manequim; P: Paciente Simulado; X: Métodos Mistos; C: Comparação de métodos e R: *Role-play*)

Figura 2 - Fluxograma de busca nas bases de dados.



Fonte: OLIVEIRA, S. N.. **Simulação Clínica com participação de atores para o ensino da consulta de enfermagem: Uma Pesquisa-Ação**. 2013. 179f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

Os artigos foram lidos na íntegra e após, organizados em uma planilha eletrônica contendo as seguintes informações: autor, título, ano de publicação, periódico, país, descritores ou palavras chave, objetivo, conclusão, tipo de simulador, conteúdo trabalhado e referência. Os dados quantitativos foram analisados por meio de estatística descritiva utilizando percentuais e frequência. A análise qualitativa foi realizada por meio da proposta operativa de Minayo em suas 3 fases: a pré-análise em que os dados são analisados e descritos; a exploração do material, cujos dados descritos são codificados e organizados em categorias representativas; e tratamento e interpretação, em que são feitas algumas inferências sobre os dados com aproximação à literatura pertinente, tendo emergido as seguintes categorias: **A simulação no ensino de**

enfermagem utiliza diferentes tipos de simuladores; A simulação é utilizada para desenvolver as diferentes competências e A Simulação Clínica é mais do que o simples uso de um simulador.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Os cinquenta e quatro (54) estudos selecionados, segundo autor, título do artigo e periódico em que foi publicado, estão apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 - Estudos acerca do uso da simulação no ensino da enfermagem, segundo autor, título, periódico publicado e país 2008-2012.

CÓDIGO	AUTOR	TÍTULO	PERIÓDICO	LOCAL DO ESTUDO
1O	AEBERSOLD, M. et al.	Innovative Simulation Strategies in Education.	Nursing Research and Practice	EUA
2O	ALVAREZ, A.G.; SASSO, G.T.M.D.	Aplicação de objeto virtual de aprendizagem, para avaliação simulada de dor aguda, em estudantes de enfermagem.	Rev. Latino-Am. Enfermagem	Brasil
3M	ANN BLUM, C. et al.	Teaching caring nursing to RN-BSN students using simulation technology.	International Journal for Human Caring	EUA
4M	BAKER, C. et al.	Simulation in interprofessional education for patient-centred collaborative care.	Journal of Advanced Nursing	Canadá
5M	BAMBINI, D. et al.	Outcomes of clinical simulation for novice nursing students: Communication, confidence, clinical judgment.	Nursing Education Perspectives	EUA
6O	BARBOSA, S.d.F.F.; MARIN, H.d.F.	Simulação Baseada na WEB: Uma ferramenta para o ensino de enfermagem em Terapia Intensiva.	Rev Latino-Am. Enfermagem	Brasil
7M	BLUM, C.A. et al.	High-fidelity nursing simulation: impact on student self-confidence and clinical competence.	International journal of nursing education scholarship	EUA
8M	BRYDGES, R. et al.	Comparing self-guided learning and educator-guided learning formats for simulation-based clinical training.	Journal of Advanced Nursing	Canadá
9O	COGO, A.L.P. et al.	Objetos educacionais digitais em enfermagem: avaliação por docentes de um curso de graduação.	Rev Esc Enferm USP	Brasil

10O	DEARING, K.S.; STEADMAN, S.	The Challenging stereotyping and bias: a voice simulation study. (OVA)	Journal of nursing education	EUA
11O	DEARING, K.S.; STEADMAN, S.	Enhancing intellectual empathy: the lived experience of voice simulation.	Perspectives in psychiatric care	EUA
12M	dos SANTOS, M. C. et al.	Recontextualização da simulação clínica em enfermagem baseada em Basil Bernstein: semiologia da prática pedagógica.	Rev Gaúcha Enferm	Brasil
13M	ELFRINK, V. L. et al.	Using learning outcomes to inform teaching practices in human patient simulation.	Nursing education perspectives	EUA
14C	FERO, L.J. et al.	Critical thinking skills in nursing students: comparison of simulation-based performance with metrics.	Journal of Advanced Nursing	EUA
15M	GANTT, L.T.	Using the Clark simulation evaluation rubric with associate degree and baccalaureate nursing students.	Nursing education perspectives	EUA
16M	GANTT, L.T.; WEBB-CORBETT, R.	Using simulation to teach patient safety behaviors in undergraduate nursing education.	The Journal of nursing education	EUA
17M	GARRETT, B. et al.	High-fidelity patient simulation: Considerations for effective learning.	Nursing education perspectives	Canadá
18X	GUHDE, J.	Using online exercises and patient simulation to improve students' clinical decision-making.	Nursing Education Perspectives	EUA
19O	GUISE, V. et al.	What can virtual patient simulation offer mental health nursing education?	Journal of psychiatric and mental health nursing	Finlândia
20M	HAUBER, R.P. et al.	An exploration of the relationship between knowledge and performance-related variables in high-fidelity simulation: Designing instruction that promotes expertise in practice.	Nursing education perspectives	EUA
21M	HUSEBO, S.I.E. et al.	A comparative study of defibrillation and cardiopulmonary resuscitation performance during simulated cardiac arrest in nursing student teams.	Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency medicine	Noruega
22P	HUTCHINSON, S. W. et al.	Implementing a multidisciplinary disaster simulation for undergraduate nursing students.	Nursing education perspectives	EUA

23M	KAMEG, K. et al.	The impact of high fidelity human simulation on self-efficacy of communication skills.	Issues in mental health nursing	EUA
24X	KAPLAN, B. G. et al.	Effects of Participation vs. Observation of a Simulation Experience on Testing Outcomes: Implications for Logistical Planning for a School of Nursing.	International Journal of Nursing Education Scholarship	EUA
25X	KAPLAN, B. G. et al.	Use of an emergency preparedness disaster simulation with undergraduate nursing students.	Public Health Nursing	EUA
26M	KARDONG-EDGREN, S.E. et al.	The integration of simulation into a clinical foundations of nursing course: student and faculty perspectives.	International Journal of Nursing Education Scholarship	EUA
27M	KLAASSEN, J. et al.	The New Nexus: Legal Concept Instruction to Nursing Students, Teaching Learning Frameworks, and High Fidelity Human Simulation.	Journal of Nursing Law	EUA
28M	KUIPER, R.A. et al.	Debriefing with the OPT model of clinical reasoning during high fidelity patient simulation.	International Journal of Nursing Education Scholarship	EUA
29M	KURTZ, C.P. et al.	The master student presenter: peer teaching in the simulation laboratory.	Nursing Education Perspectives	EUA
30M	LLAW, S.Y. et al.	Research in brief - Interprofessional learning in undergraduate education through simulation crisis team training.	Singapore Nursing Journal	Singapura
31M	MAGINNIS, C. et al.	Transfer of learning to the nursing clinical practice setting.	Rural and Remote Health	Austrália
32X	MARKEN, P.A. et al.	Human simulators and standardized patients to teach difficult conversations to interprofessional health care teams.	American journal of pharmaceutical education	EUA
33M	MARMOL, M.T. et al.	Curativo de cateter central em simulador: efeito da presença do tutor ou da aprendizagem autoinstrucional.	Rev. Latino-Am. Enfermagem	Brasil
34M	MAXON, P. M. et al.	Enhancing nurse and physician collaboration in clinical decision making through high-fidelity interdisciplinary simulation training.	Mayo Clinic	EUA
35X	NOORWOOD, B.R.	The Integration of a Program of Structured Simulation Experiences in a SCDNT Based Curriculum.	Self-Care, Dependent-Care & Nursing	EUA

36R	PATTERSON, N.; HULTON, L.J.	Enhancing nursing students' understanding of poverty through simulation.	Public Health Nursing	EUA
37P	REID-SEARL, K. et al.	The educator inside the patient: students' insights into the use of high fidelity silicone patient simulation.	Journal of Clinical Nursing	Austrália
38C	REISING, D. L. et al.	Comparison of communication outcomes in traditional versus simulation strategies in nursing and medical students.	Nursing Education Perspectives	EUA
39P	ROSENZWEI G, M. et al.	Patient communication simulation laboratory for students in an acute care nurse practitioner program.	American Journal of Critical Care	EUA
40P	RYAN, C.A. et al.	Using standardized patients to assess communication skills in medical and nursing students.	BMC medical education	Irlanda
41M	SARVER, P.A. et al.	Development of simulation scenarios for an adolescent patient with diabetic ketoacidosis.	The Journal of nursing education	EUA
42M	SEARS, K. et al.	The relationship between simulation in nursing education and medication safety.	The Journal of nursing education	Canadá
43M	SHARPNACK , P.A.; MADIGAN, E.A.	Using Low-Fidelity Simulation with Sophomore Nursing Students in A Baccalaureate Nursing Program.	Nursing Education Perspectives	EUA
44C	SHEPHERD, C.K. et al.	Investigating the use of simulation as a teaching strategy.	Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain	Reino Unido
45M	SHINNICK, M.A. et al.	Predictors of Knowledge Gains Using Simulation in the Education of Prelicensure Nursing Students.	Journal of Professional Nursing	EUA
46P	SIMONES, J. et al.	Collaborative simulation Project to teach scope of Practice	Journal of Nursing Education	EUA
47M	SLEEPER, J. A. ; THOMPSON, C.	The use of hi fidelity simulation to enhance nursing students' therapeutic communication skills.	International journal of nursing education scholarship	EUA
48M	SMITH, K. V. et al.	High-fidelity simulation and legal/ethical concepts A transformational learning experience.	Nursing Ethics	EUA
49X	STARKWEAT HER, A.R.; KARDONG-EDGREN, S.	Diffusion of innovation: Embedding simulation into nursing curricula.	International Journal of Nursing Education Scholarship	EUA

50M	STEPHENS, J. et al.	Appearing the team: from practice to simulation.	International Journal of Therapy and Rehabilitation	Reino Unido
51P	STORR, G.B.	Learning How to Effectively Connect with Patients Through Low-Tech Simulation Scenarios	International Journal for Human Caring	Canadá
52O	STUTTS, L. A. et al.	Investigating patient characteristics on pain assessment using virtual human technology.	European Journal of Pain	EUA
53M	TEIXEIRA, C.R.d.S. et al.	O Uso de Simulador no Ensino de Avaliação Clínica em Enfermagem.	Texto Contexto Enferm	Brasil
54X	WHELAN, J.J. et al.	A 'RIPPER' project: advancing rural inter-professional health education at the University of Tasmania.	Rural and Remote Health	Austrália

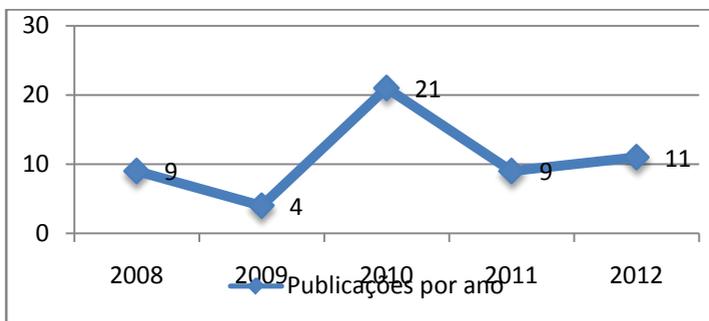
Fonte: OLIVEIRA, S. N.. **Simulação Clínica com participação de atores para o ensino da consulta de enfermagem: Uma Pesquisa-Ação**. 2013. 179f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

Dos 54 artigos analisados apenas 6 (11%) foram publicados em revistas brasileiras. Os trabalhos estavam distribuídos em 31 periódicos sendo que os que mais publicaram foram: *International Journal of Nursing Education Scholarship* (6), *Nursing Education Perspectives* (7), *Journal of Nursing Education* (6), Revista Latino-Americana de Enfermagem (3), *Journal of Advanced Nursing* (3), sendo responsáveis por 76% das publicações selecionadas. Quanto ao local de desenvolvimento do estudo, nos Estados Unidos foram realizados 34 estudos relacionados à simulação em enfermagem, representando 63% das publicações, seguido pelo Brasil com 6 estudos (11%), Canadá com 5 (9%), Austrália com 3 (5%), Reino Unido com 2 (4%), Finlândia, Noruega, Irlanda e Singapura com 1 estudo cada, o que representa individualmente 2% das publicações.

O Quadro 1 demonstra um número expressivo de publicações internacionais, refletindo que o cenário de interesse pela temática da simulação ainda está iniciando no Brasil. Pode-se observar também, que o contexto da simulação não se limita ao ensino da enfermagem isoladamente, pois aparecem estudos com proposta interdisciplinar (4M, 22P, 30M, 32X, 34M, 38C, 40P, 54X).

Com relação ao ano, o maior número de publicações ocorreu em 2010, conforme se observa no Gráfico 1.

Gráfico 1 - Distribuição de publicações por ano



Fonte: OLIVEIRA, S. N.. **Simulação Clínica com participação de atores para o ensino da consulta de enfermagem:** Uma Pesquisa-Ação. 2013. 179f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

A simulação no ensino de enfermagem utiliza diferentes tipos de simuladores

O uso de manequins representando o paciente para o treinamento de habilidades na enfermagem vem sendo utilizado desde o século XIX, os modelos de baixa fidelidade empregados no treinamento de procedimentos simples foram aos poucos sendo substituídos por modelos de média e alta fidelidade nos países desenvolvidos. O Brasil que adotou o modelo americano de ensino com manequins, já em 1920, ficou estagnado e permanece com esses mesmos modelos na maioria das escolas de enfermagem, sendo escassas as publicações de pesquisas sobre o seu uso no processo de ensino (VIEIRA; CAVERNI, 2011).

Ao analisar o tipo de simulador empregado nos estudos (Quadro 2), verificou-se que 29 trabalhos utilizaram manequim (simulador de paciente), 7 estudos se referem ao uso de pessoas no papel de paciente (6 com paciente simulado e 1 com *role-play*), 8 estudos versam sobre objetos virtuais de aprendizagem (softwares educativos), 7 artigos utilizam mais de uma forma de simulação (métodos mistos) e 3 estudos compararam simuladores utilizados separadamente.

Quadro 2 – Tipos de simulação utilizada nos estudos acerca do uso de simulação no ensino de enfermagem. 2008-2012.

TIPO DE SIMULADOR	CÓDIGO DO ARTIGO
-------------------	------------------

Simulador de Paciente (Manequim) alta fidelidade	3M, 4M, 5M, 7M, 8M, 12M, 13M, 15M, 16M, 17M, 20M, 21M, 23M, 26M, 27M, 28M, 29M, 30M, 31M, 33M, 34M, 41M, 42M, 45M, 47M, 48M, 50M, A53M
Simulador de Paciente (Manequim) baixa fidelidade	43M.
Objetos Virtuais de Aprendizagem	1O, 2O, 6O, 9O, 10O, 11O, 19O, 52O.
Paciente Simulado / Role-play	22P, 37P, 39P, 40P, 46P, 51P, 36R
Métodos mistos	18X, 24X, 25X, 32X, 35X, 49X, 54X.
Comparação	14C, 38C, 44C.

Fonte: OLIVEIRA, S. N.. **Simulação Clínica com participação de atores para o ensino da consulta de enfermagem**: Uma Pesquisa-Ação. 2013. 179f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

Apesar dos simuladores estarem presentes na formação dos enfermeiros, muitos ainda são utilizados para simples ‘demonstração’ que é “uma apresentação realizada em laboratório, ou mostrada em vídeo pela docente sobre o passo a passo de um procedimento e seu contexto” (CRUZ, 2010). Mesmo sendo uma forma de simulação, a demonstração tem o professor como foco do processo.

Os Simuladores são as ferramentas que podem ser utilizadas de diferentes formas, visando à reprodução total ou parcial de uma realidade (PRETO; MAGALHÃES; FERNANDES, 2010).

Desenvolvidos inicialmente para o treino na área de anestesia, os manequins de alta fidelidade tem sido utilizado atualmente na formação de diversos profissionais da área da saúde. São manequins de corpo inteiro que apresentam respostas fisiológicas controladas por computador. Apresentam respiração espontânea, expansividade torácica, sons cardíacos e pulmonares, fala, cianose, diaforese entre outros (ARAÚJO; QUILICI et al, 2012; MARTINS et al, 2012).

Já os simuladores de baixa fidelidade são manequins estáticos sem interação ou resposta, tem anatomia exterior semelhante á humana, pode ser de corpo completo ou parcial, permite movimentos grosseiros nas principais articulações. Tem um custo relativamente baixo e manutenção simples. É indicado para a prática de punção venosa, sondagem nasogástrica, cateterismo vesical entre outros (MARTINS et al, 2012; ARAÚJO; QUILICI, 2012).

Objeto Virtual de Aprendizagem (OVA) é definido como “recurso digital reutilizável que auxilie na aprendizagem de algum conceito e, ao mesmo tempo, estimule o desenvolvimento de capacidades pessoais, como, por exemplo, imaginação e criatividade” (SPINELLI, 2010.p.6). Nos estudos recuperados por esta revisão identifica-se o uso deste recurso pedagógico através de jogos como o *Second Life Hospital*®, um ambiente 3-D, virtual criado pela Linden Labs®, que reproduzem a vida em diferentes ambientes. No *Second Life Hospital*®, os participantes ao realizarem o cadastro, podem criar um personagem e interagir com outros participantes simultaneamente em um contexto clínico (LEE; BERGE, 2011).

Nesta mesma linha também apareceram os simuladores de voz (10O, 11O) que foram utilizados para o ensino na atenção psicossocial, simulando alucinações auditivas comuns em pacientes com esquizofrenia. O Paciente Virtual (19O) também foi utilizado para o ensino de saúde mental, através de narrativas virtuais de situações comuns no atendimento psiquiátrico em que o aluno é levado a tomar decisões clínicas escolhendo alternativas que direcionam as condutas. Outros programas de computador (2O, 6O, 9O) foram utilizados para o desenvolvimento de habilidades de avaliação da dor, oxigenoterapia e cuidados em terapia intensiva; já o recurso de vídeo (52O) foi utilizado para investigar se características como sexo, raça, idade e expressões faciais de pacientes influenciavam na avaliação da dor feita por estudantes.

A simulação clínica com uso de Pacientes Simulados que iniciou em centros da América do Norte, hoje ganha adeptos em todo o mundo e gradativamente também no Brasil (TRONCON, 2007). Esta estratégia que pode ser realizada com atores profissionais ou amadores, ou com pacientes reais treinados, demonstrou ser efetiva em algumas situações específicas que envolvem o diálogo, a comunicação, aspectos éticos, ou de difícil manejo na prática clínica. Os estudos que utilizaram este recurso buscaram trabalhar com os alunos a comunicação e a relação interpessoal (22P, 37P, 39P, 40P, 46P, 51P).

O *Role-play* ou “troca de papéis” é um método de aprendizagem baseado na experiência, em que as pessoas assumem o papel de outras (dramatização), a fim de compreender um fenômeno partindo de uma perspectiva diferente da sua (RIERA; CIBANAL; MORA, 2010). Um dos estudos (36R) utilizou o *role-play* para sensibilizar os alunos com relação à pobreza. Assumindo os papéis de famílias da vida real e recebendo uma quantidade limitada de recursos para sobreviver em uma comunidade simulada, os alunos de enfermagem puderam refletir sobre

diversos fatores que envolvem a pobreza, incluindo o estigma. Esta simulação ocorreu durante um estágio de saúde comunitária e representa um impulso positivo para o engajamento cívico. Outro estudo desenvolvido por Aragão et al (2009) em um curso de medicina utilizou o role play para sensibilizar alunos na disciplina de ginecologia e obstetrícia quanto ao exame ginecológico.

Para aumentar o realismo dos cenários simulados alguns pesquisadores utilizaram mais de um tipo de simulador, como no estudo 18X que associou exercícios online, simulador de paciente de alta fidelidade e paciente simulado com alunos de graduação em enfermagem para desenvolver o pensamento crítico, julgamento clínico e tomada de decisão em enfermagem. Outros utilizaram o simulador de paciente juntamente com o paciente simulado para o treinamento de atendimento a desastres (25X); reconhecimento e envolvimento em conversas difíceis com pacientes (32X); além de atendimentos clínicos diversos (24X; 35X; 49X).

A comparação entre simuladores também se mostrou presente em três estudos. Todos eles buscavam identificar o método mais eficaz na aprendizagem dos alunos. Vinhetas filmadas foram comparadas a simulação humana de alta fidelidade no desenvolvimento do pensamento crítico (14C); outro estudo (38C) buscou compreender como a comunicação interprofissional era mais bem desenvolvida entre alunos de enfermagem e medicina, se através de mesa redonda ou simulação; um terceiro estudo comparou o uso de manequim e atores identificando que a simulação com atores leva vantagem no domínio afetivo, mas que nos demais domínios, cognitivo e motor, não demonstra diferença significativa comparada ao uso de manequins.

Percebe-se o grande potencial que o uso de simuladores tem no ensino de enfermagem, no entanto, mais importante do que a fidelidade dos simuladores é o preparo docente, os objetivos da instituição formadora, a criatividade e principalmente o ensino centrado no aluno. O ambiente de simulação clínica requer o envolvimento do aluno que participa ativamente do fazer, tem a oportunidade de observar seus erros e corrigi-los a partir de suas próprias constatações. As ferramentas por si só não garantem uma aprendizagem significativa, os professores tem papel fundamental como facilitadores deste processo e precisam estar capacitados para utilizar esta metodologia (DURHAN, ALDEN, 2008).

A simulação é utilizada para desenvolver as diferentes competências

Nos estudos revisados, o uso da simulação foi utilizada para desenvolver as diferentes competências – conhecimento, habilidade e atitude, abordando temáticas diversas (Quadro 3)

Quadro 3 – Representação da simulação por competência e conteúdo trabalhado

		ESTUDOS	TEMAS TRABALHADOS
		COMPETÊNCIA	CONHECIMENTO
HABILIDADE	10; 20; 4M; 5M; 7M; 8M; 12M; 14X; 17M; 18X; 19O; 20M; 21M; 22P; 23M; 24X; 26M; 28M; 29M; 30M; 31M; 32X; 33M; 34M; 35X; 36R; 37P; 38C; 39P; 40P; 41M; 42M; 43M; 44C; 45M; A46P; 47M; 48M; 49X; 50M; 51P; 52O; 53M; 54X		Comunicação, delegação, gestão de conflitos, tomada de decisão; avaliação da dor; atendimento a parada cardíaca; cuidados com recém-nascido, reconhecer desvios dos padrões, priorizar dados, cateterismo venoso, semiotécnica; pensamento crítico; atendimento a desastres; controle de infecção; priorizar ações de acordo com resultados fisiológicos; trabalho em equipe; técnica asséptica, remoção de sutura, curativos em cateter venoso central; sinais vitais, coleta de sangue, teste de urina, administração de medicamentos intramuscular endovenoso, domínio afetivo; pensamento crítico; observação,

ATTITUDE	3M; 4M; 7M; 10O; 11O; 28M; 29M; 30M; 31M; 32X; 33M; 34M; 35X; 36R; 37P; 38C; 39P; 40P; 41M; 42M; 43M; 44C; 45M; 46P; 47M; 48M; 49X; 50M; 51P; 52O; 53M; 54X	Colaboração interprofissional; humanização; autoconfiança; sensibilização; empatia; responsabilidade; iniciativa; autoavaliação; colaboração; prudência; empatia, ética; interação; autonomia; interdisciplinaridade.
----------	---	---

Fonte: OLIVEIRA, S. N.. **Simulação Clínica com participação de atores para o ensino da consulta de enfermagem: Uma Pesquisa-Ação.** 2013. 179f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

A maioria dos estudos utilizou manequins como simuladores no processo de ensino principalmente para o desenvolvimento de habilidades técnicas, como cateterismo venoso, manobras de reanimação cardíaca, oxigenoterapia, dentre outras. No entanto, a busca associada de outras habilidades comportamentais como a comunicação, humanização, liderança, autoconfiança também é percebida.

Observa-se ao analisar os estudos que mesmo tendo variado repertório de conteúdos clínicos trabalhados através da simulação, grande parte das experiências agregam o desenvolvimento de habilidades comportamentais e afetivas associadas ao desenvolvimento de procedimentos técnicos. O uso de manequins, por exemplo, proporcionou, segundo a conclusão dos estudos, aumento no comportamento de cuidado, autoeficácia, confiança, comunicação, julgamento clínico, cuidado colaborativo interprofissional, engajamento cívico além do aprimoramento do desempenho técnico, redução de erros e segurança do paciente. Isto vai ao encontro do que a aprendizagem de adultos, quando efetiva, compreende: a área cognitiva, afetiva e psicomotora (ARAYA; APIP; COOK, 2011).

O uso da simulação para o ensino de situações agudas se justifica pela necessidade de intervenção rápida e acertada para a efetividade da assistência. Por mais que o aluno esteja preparado teoricamente para enfrentar uma situação de emergência, isso não garante que sua atuação na prática seja eficaz. Em uma situação de emergência é preciso muito mais do que conhecimento teórico, é preciso habilidade, destreza, segurança, boa comunicação e entrosamento com a

equipe. Isso pode ser adquirido na experiência prática dos estágios, mas a um preço alto: a segurança do paciente. Neste aspecto, a simulação oferece uma oportunidade de aprendizagem em ambiente seguro, capaz de preparar o aluno não só do ponto de vista instrumental, mas psicológico para enfrentar esse tipo de situação.

A Simulação Clínica é mais do que o simples uso de um simulador

A Simulação Clínica é uma forma de metodologia ativa que engloba estratégia, técnica, processo e ferramenta (ARAÚJO; QUILICI, 2012). Para implementá-la é preciso mais do que somente simuladores eficazes, também é necessário que seu uso seja adequado à metodologia da simulação, considerando que “a simulação usa a tecnologia, possui ferramentas, como os simuladores, mas estes não abarcam toda a significação da simulação, apenas fazem parte dela” (ARAÚJO; QUILICI, 2012, p.5).

A simulação clínica tem seu diferencial, no momento reflexivo que acontece após a execução da cena, que é comumente chamado de *debriefing*, este espaço de reflexão é um ponto essencial para integração e confiança tanto em competências técnicas quanto interpessoais para um resultado clínico eficaz (50M).

Um estudo (33M) comparou a utilização da simulação aliado à presença de um tutor com a simulação autoguiada, em que o aluno seguia apenas um roteiro pré-elaborado. A presença do tutor se mostrou mais efetiva justamente por propiciar momentos de reflexão que levaram a um aprendizado mais crítico e reflexivo.

O emprego de Objetos Virtuais de Aprendizagem também foi capaz de promover maior ousadia na busca de conhecimento, o que capacita os estudantes a construir sua própria aprendizagem de forma dinâmica e construtiva (20, 90).

O mesmo foi constatado nos estudos que utilizaram Pacientes Simulados, a simulação é capaz de fazer o estudante reconhecer que o cuidado não é inato e que pode ser aprendido, e pode prepará-lo para diversas situações incluindo catástrofes, situação de extrema importância de atuação dos enfermeiros, cujo preparo nem sempre é realizado (33M, 22P).

A prática de procedimentos técnicos é um dos objetivos trabalhados através da simulação, mas não o único. É preciso que cada vez mais o aluno contextualize o aprendizado para poder refletir sobre todos os aspectos envolvidos na realização de um cuidado. A simulação não se restringe ao ensino de conteúdos práticos. Um estudo utilizou

esta metodologia para trabalhar conceitos jurídicos, éticos e legais ao perceber que a turma atribuía maior importância para disciplinas práticas, o resultado foi uma experiência transformadora de aprendizagem (48M).

O processo de ensino aprendizagem utilizando simulação envolve um contexto abrangente onde coadunam docentes, discentes, profissionais da prática, instituição de ensino e saúde, bem como profissionais de outras áreas de conhecimento que dão suporte para os diversos tipos de simuladores utilizados. Quando a simulação é utilizada como estratégia de metodologias ativas proporciona a mudança no protagonismo no processo de ensino-aprendizagem, do docente para o discente, que passa a ser o condutor de seu aprendizado e, ao reconhecer-se neste processo, melhora seu desempenho teórico-prático.

A simulação, independente do conteúdo ou área de abrangência, desperta para uma nova possibilidade de ensino-aprendizagem, onde elementos sensíveis na prática podem ser abordados minimizando constrangimentos, aumentando o aproveitamento do educando do contexto e do cenário da prática, proporcionando segurança ao desenvolver atividades em cenário quase real, ampliando a capacidade crítica, reflexiva, criativa e a tomada de decisões. Estas prerrogativas contribuem para a formação em enfermagem que resgata o processo de aprendizagem individualizado, centrado nas experiências de cada discente, e, ao mesmo tempo, por meio de estratégia formativa, que leva em consideração seu momento, desenvolvimento e o amadurecimento.

CONCLUSÃO

A simulação é uma metodologia ativa de ensino amplamente utilizada nos cursos da área da saúde e na enfermagem. Os tipos de simuladores utilizados no ensino de graduação de enfermagem incluem Simulador de Paciente (manequim), Pacientes Simulados (pessoas no papel de paciente, *role-play*), Objetos Virtuais de Aprendizagem (software de jogos educativos, vídeos, áudios, tecnologia web) e métodos mistos (uso de mais de um tipo de simulador). Os conteúdos trabalhados na simulação envolvem: cuidados em situações agudas, atenção psicossocial, saúde materno infantil, atendimento ambulatorial, cuidados médico-cirúrgicos, semiologia, deontologia, liderança, comunicação e comportamento profissional. O uso da simulação para o trabalho interdisciplinar também é relatado e representa um avanço para o ensino em saúde.

A Simulação Clínica tem como diferencial das outras metodologias de ensino, a possibilidade da aprendizagem experiencial, centrada no aluno em ambiente seguro, amparada por uma reflexão, guiada por um professor. Para que esta estratégia possa ter efetividade é necessário além do simulador propriamente dito, um ambiente apropriado, pessoal capacitado e objetivos claros de aprendizagem.

Este estudo demonstrou o contexto da simulação em enfermagem retratada em publicações; o que pode contribuir para a ampliação desta discussão proporcionando melhoria nas dinâmicas ativas da simulação, bem como estimular novos estudos que possam melhorar os processos de ensino-aprendizagem na enfermagem.

REFERÊNCIAS

AEBERSOLD, M.; TSCHANNEN, D.; BATHISH, M. Innovative Simulation Strategies in Education, **Nursing Research and Practice**, v. 2012, p. 7, 2012.

ARAGÃO, J. C. S. et al . O uso da técnica de *role-playing* como sensibilização dos alunos de Medicina para o exame ginecológico. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, Mar. 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 junho 2013.

ARAÚJO, A. L. L. S.; QUILICI, A. P. O que é simulação e por que simular. In: _____. **Simulação Clínica: do conceito à aplicabilidade**. São Paulo: Editora Atheneu, 2012. p. 1-16.

ARAYA, S. B.; APIP, M. P. M.; COOK, M. P. Methodologies, innovative, educación en salud en la búsqueda de metodologías innovadoras. **Ciencia y enfermería**, v. 17, p. 1, 2011.

CRUZ, P. et al. Demonstration and nursing clinical teaching – Systematic Literature Review. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói (RJ), v.9, n.1, 2010. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2837/624> > Acesso em: 24 set 2013.

DURHAM, C. F.; ALDEN, K. R.. Enhancing patient safety in nursing education through patient simulation. **Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses**, v. 6, n. 3, p. 221-250, 2008.

GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing. **Rev. Nurs Health**, v.10, n. 1, p. 1-11, 1987.

GOMEZ, M. V.; VIEIRA, J. E.; SCALABRINI NETO, A. Análise do Perfil de Professores da Área da Saúde que Usam a Simulação como Estratégia Didática. **Revista Brasileira de Educação Médica**, São Paulo, v. 35, n. 2, p.157-162, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n2/03.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2011.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M., DONALDSON, M. S. **To Err Is Human: Building a Safer Health System**. Washington, DC: National Academy Press; 1999.

LEE, A.; BERGE, Z. L. Second Life in Healthcare Education: Virtual Environment's Potential to Improve Patient Safety. **Knowledge Management & E-Learning: An International Journal (KM&EL)**, v. 3, n. 1, p. 17-23, 2011.

MARTINS, J. C. A. et al . A experiência clínica simulada no ensino de enfermagem: retrospectiva histórica. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 4, 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000400022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 fevereiro 2013.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M.. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2012.

PRETO, L.; MAGALHÃES, C. P.; FERNANDES, A. A simulação de cuidados complexos. Uma nova ferramenta formativa. **Sinais Vitais**, v. 89, p. 48-51, 2010.

RIERA, J. R. M.; CIBANAL, J. L.; MORA, M. J. P. Using role playing in the integration of knowledge in the teaching-learning process in

nursing: assessment of students. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 4, Dec. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 junho 2013.

SPINELLI, W. Os objetos virtuais de aprendizagem: ação, criação e conhecimento. **Aprendizagem Matemática em Contextos Significativos: Objetos Virtuais de aprendizagem e Percursos Temáticos**. São Paulo: Faculdade de Educação da USP–2005, 2010.

TRONCON, L. E. A. Utilização de pacientes simulados no ensino e na avaliação de habilidades clínicas. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 40, n. 2, 2007.

VIEIRA, R. Q.; CAVERNI, L. M. R. Manequim de Simulação Humana no Laboratório de Enfermagem: uma revisão de literatura. [on line]. 2011.

WALL, M. L., PRADO, M. L., CARRARO, T. E. A experiência de realizar um Estágio Docência aplicando metodologias ativas. **Acta Paul Enferm.**, v. 21, n. 3, p. 515-9, 2008.

2.4 O ENSINO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM A PESSOAS COM DIABETES

A consulta de enfermagem no Brasil é desenvolvida desde a década de 1920 com a criação da Escola Ana Néri, em 1923. Por influência das enfermeiras americanas, as atividades educativas junto aos pacientes em centros de saúde e domicílios começaram a ser desenvolvidas em um contexto de saúde pública. Denominada naquela época de entrevista pós-consulta, vinculava-se a consulta médica, que delegava a função de complementação desta mesma a enfermeira (CASTRO, 1975 Apud MACIEL, ARAÚJO, 2003).

Somente na década de 1960 o termo “consulta de enfermagem” passa a ser utilizado no Brasil. Em 1968 docentes da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) definiram a consulta de enfermagem como atividade fim, de competência exclusiva do enfermeiro, desvinculando-a da dependência de delegação médica. O termo “consulta de enfermagem” foi publicado pela primeira vez, no Manual de Assistência Médico-Sanitária Geral elaborado pelo Serviço

Especial de Saúde Pública (SESP), em 1973 (CASTRO, 1975 Apud MACIEL, ARAÚJO, 2003).

Em 1986 a consulta de enfermagem é regulamentada pela Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86 sendo definida como atividade privativa do enfermeiro (COFEN, 1986) que

[...] utiliza componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade (COFEN,1993).

A consulta de enfermagem é desenvolvida através de uma metodologia que estreita a relação do profissional com o paciente e confere diferencial ao enfermeiro na equipe multidisciplinar (SANTOS; PASKULIN; CROSSETTI, 2006).

Deve ser realizada utilizando a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) compreendendo as 5 etapas do Processo de Enfermagem: Histórico, Diagnóstico, Planejamento, Implementação e Avaliação (COFEN, 2009). O Histórico de enfermagem é a primeira etapa e consiste na coleta de dados sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença, inclui a realização do exame físico e entrevista.

Para a realização desta etapa o enfermeiro, além de todo conhecimento teórico e habilidades técnicas, precisa desenvolver competências humanas que propiciem uma relação horizontal entre profissional e paciente. Atitudes coercivas e punitivas não favorecem a confiança, tão necessária para a adesão terapêutica, é preciso que o enfermeiro demonstre interesse pelo ser humano através de uma abordagem contextualizada e participativa (MACHADO; LEITÃO; HOLANDA, 2005).

O Diagnóstico de enfermagem corresponde à interpretação científica dos dados que direcionarão a seleção das ações com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados. No Planejamento o enfermeiro irá definir o resultado que espera e as intervenções necessárias para atingir o mesmo. A Implementação é a etapa em que acontece a realização das ações planejadas na fase anterior. Enquanto que a Avaliação é um processo contínuo de verificação de mudanças nas respostas, aferição do alcance dos objetivos propostos ou necessidade de

mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem (COFEN, 1993).

A realização de atividades educativas através da consulta de enfermagem no acompanhamento a pacientes crônicos, além de beneficiá-los por torná-los protagonistas de seu cuidado, desperta para a importância da sistematização na realização desta atividade pelo enfermeiro (SANTOS; OLIVEIRA, 2004).

No Brasil, a consulta de enfermagem é desenvolvida em todos os níveis de atenção a saúde: unidades sanitárias, centros de saúde e ambulatorios, vinculados ou não a instituição hospitalar (SANTOS; PASKULIN; CROSSETTI, 2006).

Em 2009 o COFEN aprovou a Resolução 358 que determina que o Processo de Enfermagem deve ser realizado em todos os ambientes em que ocorrer cuidado profissional de enfermagem destacando esses ambientes enquanto:

[...] instituições prestadoras de serviços de internação hospitalar, instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, fábricas, entre outros (COFEN, 2009).

Destaca ainda que quando realizado em ambientes ambulatoriais, escolas, domicílios entre outros, o Processo de Enfermagem corresponde ao usualmente denominado Consulta de Enfermagem (COFEN, 2009).

O Ministério da Saúde prevê a participação do enfermeiro em diversos Programas de Atenção a saúde (COFEN, 1997) gerando impacto positivo na visibilidade profissional e redução de complicações decorrentes das doenças.

O diabetes, por exemplo, é uma doença crônica de grande impacto social e econômico. Estima-se que em 2030 tenhamos no mundo cerca de 300 milhões de adultos com Diabetes. Essa é uma doença muito onerosa tanto para o paciente quanto para o sistema de saúde e previdência social, no entanto, os prejuízos não se limitam ao aspecto financeiro, envolvendo também aspectos como dor, ansiedade, perda da qualidade de vida que são difíceis de quantificar (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2012-2013).

No atendimento ambulatorial a estes pacientes são realizadas consultas de enfermagem, que buscam a educação para adoção de hábitos saudáveis visando à redução de riscos de complicações e

aumento da qualidade de vida. Para isso o enfermeiro deve avaliar alguns aspectos como alimentação, adesão terapêutica, atividade física, relacionando-os aos resultados de exames laboratoriais e clínicos a fim de subsidiar o cuidado de enfermagem (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2012-2013).

Silva et al (2013) identificaram 3 diagnósticos de enfermagem mais frequentes nos registros de prontuários de pacientes diabéticos, são eles: Autocontrole ineficaz da saúde; Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais; Estilo de vida sedentário. Isso reforça a importância da atuação do enfermeiro enquanto educador para a mudança de hábitos de vida. As principais intervenções de enfermagem prescritas de acordo com o estudo de Scain et al (2013) estão justamente voltadas para essas deficiências, são elas: alimentação saudável, exercício físico, uso correto da medicação e educação para a saúde.

A Associação Americana de Educadores em Diabetes propõe sete comportamentos padrões para o autocuidado em diabetes baseados em 7 revisões sistemáticas, que podem servir de direcionamento para a consulta de enfermagem (BOREN, 2007). São eles:

1. Atividade Física
2. Alimentação saudável
3. Monitorização
4. Medicação
5. Resolução de problemas
6. Enfrentamento saudável
7. Redução de riscos

A condição crônica permanente exige do enfermeiro um investimento constante na adesão a determinadas restrições e mudanças (SANTOS, PASKULIN, CROSSETTI, 2006). Isso significa “educar para que as mudanças comportamentais aconteçam e se mantenham ao longo da maior parte da trajetória da doença e da vida” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009). Para isso o enfermeiro precisa desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes ao longo de sua formação profissional que garantam uma atuação competente junto ao paciente, família e comunidade. No Quadro 4 são apresentadas, de forma ilustrativa, os elementos que subsidiam a construção dessa competência.

Quadro 4 - Competência necessária ao enfermeiro para realização da consulta ao paciente com diabetes:

CONHECIMENTOS Saber	HABILIDADES Saber como	ATITUDES Fazer
--------------------------------------	---	---------------------------------

Consulta de enfermagem ao paciente com diabetes		
Anatomia Biologia Bioquímica Histologia Microbiologia Imunologia Fisiologia Patologia Epidemiologia Farmacologia Nutrição Semiologia e Semiotécnica Comunicação terapêutica Cuidado Humanizado Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) SUS Tecnologias de cuidado Teoria de enfermagem Ética e Deontologia	Implementar a SAE Coletar histórico de enfermagem Realizar exame físico geral Realizar avaliação de feridas Testar reflexo aquíteo e patelar Examinar o pé diabético Verificar pulsos periféricos Realizar Entrevista Realizar comunicação terapêutica Abordar adequadamente as condições socioeconômicas do paciente. Interpretar exames laboratoriais Função hepática, renal, glicemia de jejum e hemoglobina glicada Estabelecer o diagnóstico de enfermagem Realizar raciocínio clínico Reconhecer efeitos colaterais da medicação Identificar vulnerabilidade Identificar riscos Realizar	Realizar consulta de enfermagem seguindo os passos da SAE (Histórico, Diagnóstico de enfermagem, Planejamento Implementação, Avaliação) Identificar prioridades Identificar vulnerabilidade Identificar riscos Manter Postura ética Aplicar a humanização do cuidado Usar linguagem clara e compreensível Estabelecer escuta sensível Identificar alterações em exames laboratoriais Utilizar raciocínio clínico Orientar de forma pertinente ao problema apresentado Planejar conjuntamente com o paciente o cuidado a curto, médio e longo prazo Articular-se com

	<p>planejamento Estabelecer metas</p> <p>Implementar cuidados de enfermagem Realizar Educação em saúde Orientar o uso de novas tecnologias: glicosímetro, caneta de insulina, bomba de infusão de insulina Realizar de curativos Realizar preparo de insulinas Realizar encaminhamentos se necessário Respeitar princípios éticos Garantir a segurança do paciente Envolver outros profissionais e serviços</p> <p>Avaliar Realizar evolução de enfermagem entre consultas Adequar o planejamento para o alcance das metas. Registrar o Processo de enfermagem no prontuário</p>	<p>outros profissionais e/ou serviços (referência e contrarreferência) Encaminhar a outro profissional se necessário Envolver a rede de apoio familiar no cuidado Incentivar o autocuidado Realizar registro de enfermagem em prontuário.</p>
--	---	---

Fonte: OLIVEIRA, S. N.. **Simulação Clínica com participação de atores para o ensino da consulta de enfermagem: Uma Pesquisa-Ação.** 2013. 179f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

A preocupação hoje na formação em enfermagem é garantir um aprendizado que contemple a complexidade do atendimento a pacientes crônicos de modo a provocar a reflexão sobre as razões para os cuidados prescritos, para a investigação através da entrevista e exame físico, para a subjetividade das relações humanas, ou seja, para além do conteúdo teórico puro.

Os estudantes de enfermagem precisam compreender, por exemplo, qual a relevância da verificação da pressão arterial em um paciente diabético, relacionar a atividade profissional deste indivíduo com possíveis riscos ligados a doença, compreender a influência do estresse nos níveis glicêmicos. Enfim, é preciso formar profissionais que reflitam o cuidado e não apenas executem-no. Neste sentido, a simulação clínica pode auxiliar nesse processo que busca por uma educação construtivista e responsável.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A APRENDIZAGEM EXPERIENCIAL DE KOLB

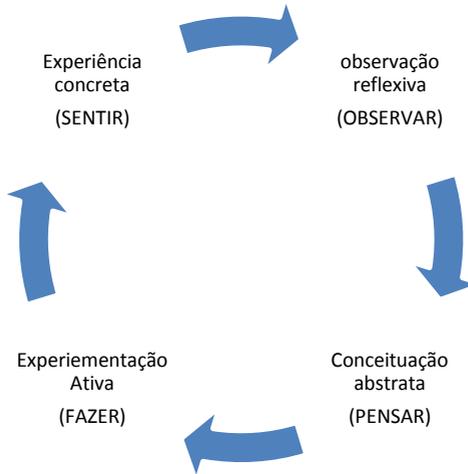
O referencial teórico adotado neste estudo foi o da Teoria da Aprendizagem Experiencial de David Kolb (1984). Psicólogo americano e teorista educacional, que definiu a Aprendizagem Experiencial como “o processo pelo qual o conhecimento é construído a partir da transformação da experiência” (KOLB, 1984, p.38).

Para Kolb (1984) a experiência é a interação entre o meio interno e o externo do ser, formando situações. A afirmação de que as pessoas vivem em um mundo significa, em concreto, que eles vivem em uma série de situações. E viver “em” um mundo é diferente de simplesmente “estar” nele, mas de interagir com ele.

Ao contrário das abordagens idealistas da educação tradicional baseadas em uma filosofia empirista que considera o saber como um elemento fixo e imutável, possível de ser mensurado pela capacidade de armazenamento de informações, a aprendizagem experiencial defende uma educação em constante transformação influenciada pelo contexto social do indivíduo que é capaz de criar e recriar o seu próprio conhecimento através da experiência (KOLB, 1984).

David Kolb se utiliza de alguns conceitos de Piaget, Dewey e Lewin para fundamentar a Teoria da Aprendizagem Experiencial, e a apresenta sob uma perspectiva holística integrativa na aprendizagem que combina experiência, percepção, cognição e comportamento. O Ciclo de Kolb é representado Figura 3

Figura 3- Ciclo da Aprendizagem experiencial de David Kolb (1984)



Fonte: Adaptado de KOLB, D. A. *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. New Jersey: Prentice-Hall. 1984.

Na aprendizagem experiencial o aprender é um constante reaprender, pois, não sendo “páginas em branco” cada indivíduo ancora o novo conhecimento a um saber prévio de forma a integrá-lo ou substituí-lo (KOLB, 1984).

Se integrado, o conhecimento torna-se estável, no entanto se substituído existe a possibilidade de reversão para um nível anterior de concepção e de compreensão ou a duplicidade de teorias que entram em conflito, onde a nova teoria é incongruente com a teoria em uso, desvinculando o conceitual do atitudinal (KOLB, 1984).

Kolb (1984) caracterizou a aprendizagem experiencial com base nas seguintes proposições:

(1) a aprendizagem é melhor concebida enquanto processo, não em termos de resultados; deste modo não é o resultado de uma prova por exemplo que define o grau de aprendizado do aluno, mas como este vivenciou todo o processo de construção do conhecimento, como este saber lhe será útil na vida, quais reflexões elaborou para que este conhecimento fizesse sentido.

(2) a aprendizagem é um processo contínuo fundado na experiência; o conhecimento não se limita ao conteúdo que está nos livros, mas a relação que se estabelece entre este e a prática, a reflexão que se faz sobre cada ação que permite aperfeiçoar o fazer.

(3) o processo de aprendizagem requer a resolução de conflitos entre modos dialeticamente opostos de adaptação ao mundo; novos conhecimentos são alcançados através de confrontação dialética, apresentada por Freire como reflexão-ação e por Piaget como acomodação-assimilação, sendo que cada termo não pode ser explicado pelo outro, mas cuja fusão através de confrontação resulta em um processo de ordem superior que transcende e engloba os dois, resultando na aprendizagem.

(4) a aprendizagem é um processo de adaptação ao mundo; o aprendizado não se limita a sala de aula, é um processo contínuo que envolve a criança o jovem e o adulto.

(5) a aprendizagem envolve transação entre a pessoa e o ambiente; é através da interpenetração entre condições objetivas e experiência subjetiva, na relação sujeito-ambiente que a aprendizagem acontece e na medida em que um é alterado o outro também se altera.

(6) a aprendizagem é um processo de construção de conhecimento; o conhecimento resulta da transação entre as experiências objetivas e subjetivas.

Em uma sala de aula tradicional em que apenas aulas expositivas são ministradas não é raro o desinteresse de parte dos alunos mesmo tendo os que gostem deste método, este é um exemplo do não respeito aos diferentes estilos de aprendizagem que muitas vezes interfere no desempenho final e na avaliação individual de forma que a nota não reflete o real potencial do aluno e sim sua resposta ao método empregado.

O aprendizado que é impulsionado pela experiência pode ser classificado em três níveis sucessivos de consciência: aquisitivo, especializado e integrado (KOLB, 1984).

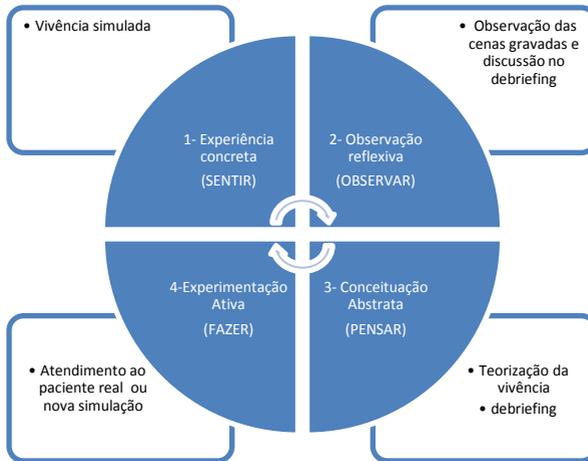
A consciência para o autor está relacionada as ideias de Dewey de que “ter consciência é saber aquilo que temos que fazer; conscientes são os traços da atividade em que se delibera, observa e planeja” (DEWEY, 1959, p.112)

O nível aquisitivo está relacionado aos novos conhecimentos que envolvem habilidades básicas e simbolização, neste nível o aprendiz está com foco na identificação, reconhecimento e registro dos objetos envolvidos na ação, no passo a passo. O nível especializado está relacionado aos significados dados a ação que são influenciados por características pessoais e demandas ambientais, neste nível o estudante já conhece os conceitos e aplica-os a uma realidade. O nível integrado é o mais complexo do desenvolvimento, pois envolve a capacidade de reconhecer as próprias competências e necessidade de novas mudanças,

neste nível além de generalizar conceitos é possível questioná-los e aprimorá-los (KOLB, 1984).

A simulação clínica através de suas etapas pode ser trabalhada dentro da teoria da aprendizagem experiencial de forma a garantir que todos os alunos passem pelos 4 estágios do ciclo de aprendizagem e desta forma possam aprender efetivamente. O ciclo de aprendizagem de Kolb (1984) é composto por 4 etapas: Experiência Concreta, Observação Reflexiva, Conceituação Abstrata e Experimentação Ativa. Sua aplicação na simulação está representada na Figura 4.

Figura 4 - Ciclo de Kolb (1984) aplicado a Simulação Clínica



Fonte: Adaptado de KOLB, D. A. **Experiential learning: Experience as the source of learning and development.** New Jersey: Prentice-Hall. 1984.

A primeira etapa diz respeito à experiência concreta – realização da consulta simulada com a participação de atores; este momento permite ao aluno colocar-se como protagonista de sua aprendizagem, ele ao se deparar com uma necessidade real de atuação mesmo que de forma simulada experimenta sentimentos de medo, dúvida, que são superados ao resgatar os conhecimentos teóricos e aplicá-los a prática.

A segunda etapa do ciclo, a observação reflexiva, que já se inicia na primeira etapa, fica mais evidente nesta, durante a discussão e avaliação da atividade, por meio da observação das cenas gravadas, pelos alunos e professora/pesquisadora. Para que a vivência seja de fato uma experiência capaz de produzir conhecimento, ela precisa ser

observada e refletida, o professor inicialmente faz questionamentos que favoreçam a reflexão do aluno e a relação com a teoria. O uso das cenas gravadas facilita esse processo, pois ao se observar no momento da atuação o aluno consegue perceber detalhes que não tiveram importância anteriormente mas que por um outro ângulo podem fazer todo o sentido. Nem sempre o aluno consegue fazer essa relação do conteúdo trabalhado em sala de aula com sua aplicabilidade concreta, é neste momento que entra o papel do professor como mediador pedagógico no *debriefing*. Quanto a compreensão da experiência é dificultada por deficiência de fundamentação teórica, o professor deve destacar a importância deste saber, fazendo questionamentos que instiguem ainda mais o aluno.

A terceira etapa diz respeito à teorização da vivência, quando o aprendiz, a partir da vivência retoma a teorização identificando as lacunas de conhecimento, promovendo o aprofundamento do tema. Inicia-se no *debriefing*, mas não se esgota nesse momento, pois o aprofundamento teórico deve acontecer como um movimento de busca do conhecimento do aluno para o atendimento ao paciente real ou nova simulação.

A quarta etapa do Ciclo de Kolb, a experimentação ativa corresponde ao atendimento ao paciente real ou nova simulação, dependendo das competências desenvolvidas.

Percebe-se neste movimento a possibilidade do desenvolvimento dos três níveis de consciência, pois uma mesma experiência contém complexidades distintas de aprendizado. O aluno pode estar no nível aquisitivo em diversos momentos da simulação, mas ao ser instigado a refletir durante o *debriefing* é capaz de desenvolver a consciência especializada e integrada que proporcionará maior qualidade no cuidado prestado, uma postura mais crítica e criativa na sua formação.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo Pesquisa-Ação. Este tipo de pesquisa tem por finalidade “contribuir com informações que orientem a tomada de decisões e os processos de mudança para melhoria da realidade” (ESTEBAN, 2010, p.167). Tem como um de seus precursores Kurt Lewin, psicólogo alemão que também inspirou David Kolb a formular a Teoria da Aprendizagem Experiencial, fato que justifica a semelhança entre as ideias. Na Pesquisa-Ação a intervenção na prática de modo inovador é realizada durante todo o processo de pesquisa, não se esperando a finalização do estudo para recomendá-la (ENGEL, 2000). Neste sentido a Pesquisa-Ação se caracteriza fundamentalmente por seu caráter cíclico, sua flexibilidade e interatividade e é composto por 4 passos: Planejamento, Ação, Observação e Reflexão (ESTEBAN, 2010). Conforme apresentado na Figura 5.

Figura 5 - Passos da Pesquisa-Ação



Fonte: OLIVEIRA, S. N. **Simulação Clínica com participação de atores para o ensino da consulta de enfermagem: Uma Pesquisa-Ação.** 2013. 179f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

A seguir será apresentada cada etapa do percurso metodológico:

1º. Passo: Planejamento:

O planejamento é a primeira etapa de uma Pesquisa-Ação, é o momento em que se estabelece o que é necessário providenciar para que a ação propriamente dita aconteça. A ação neste caso é a aplicação do cenário simulado com participação de atores para o ensino de enfermagem. A primeira decisão foi relacionada à qual cenário seria simulado e com qual objetivo. Escolhi trabalhar com a Consulta de Enfermagem, atividade privativa do enfermeiro que deve ser por ele desempenhada com segurança e competência, e por não envolver necessariamente procedimentos invasivos, garante mais realidade ao cenário com atores, recurso que apresento para um ensino viável, compatível a realidade de nossa instituição de ensino.

Considerando minha experiência como professora no ambulatório de Diabetes, resolvi trabalhar com este perfil de paciente, por possuir familiaridade com o conteúdo, com os profissionais do serviço e professores da disciplina que aborda esta temática na graduação. O objetivo foi promover junto aos alunos uma vivência de aprendizagem acerca da consulta de enfermagem ao paciente diabético. O desenvolvimento de uma simulação clínica precisa da articulação de diferentes sujeitos envolvidos com a problemática, o que vai ao encontro do que se propõe a Pesquisa-Ação. Para concretizar a proposta de implementação da simulação clínica para o ensino da consulta de enfermagem algumas atividades precisaram ser realizadas: construção e validação das guias clínicas; seleção e treinamento dos atores; organização e preparo do cenário e convite aos participantes, as quais serão descritas a seguir:

a) Construção das guias clínicas

Para a implementação da atividade de consulta de enfermagem ao paciente diabético, a primeira atividade a ser realizada diz respeito a construção das guias clínicas de estudo e de procedimento. As Guias clínicas de estudo são casos clínicos que orientam todo o processo. Para a construção desses instrumentos é necessário ter em mente que o objetivo de aprendizagem a que eles se propõem, devem ser claros e relacionados às competências a serem desenvolvidas, considerando as características do paciente, sua história clínica e dados do exame físico, que serão representados (QUILICI; ABRAÃO, 2012).

Pensando nisso os professores da disciplina foram convidados a validar, do ponto de vista pedagógico, os casos clínicos que eu estava elaborando para trabalhar através da simulação. Duas professoras que

estavam diretamente ligadas aos conteúdos de Consulta de Enfermagem e de Cuidado de Enfermagem ao paciente com Diabetes aceitaram colaborar. Da mesma forma, uma aproximação com a enfermeira do ambulatório foi feita para envolvê-la neste processo e assim enriquecer a proposta com esse olhar da prática, de quem convive diariamente com a subjetividade do paciente com doença crônica. Ela foi responsável pela validação clínica dos casos.

Foram elaborados e validados cinco situações clínicas baseadas na história de 2 personagens. Esta estratégia buscou estimular no aluno a percepção da continuidade no cuidado ambulatorial fazendo-os vivenciar tanto uma primeira consulta, quanto retornos de um mesmo paciente em situações clínicas distintas (APÊNDICES, B, C, D, E e F).

Essa validação foi importante para garantir que os objetivos traçados fossem atingíveis pelo nível de formação em que os alunos se encontravam, neste sentido era essencial que a parte teórica e técnica de procedimentos exigidos pelo cenário já tivessem sido trabalhadas previamente. Um dos pontos que precisou ser retirado dos objetivos foi o exame do pé diabético que só é trabalhado durante a prática clínica, os professores que avaliaram os roteiros julgaram que os alunos não teriam embasamento teórico prático para realizar este procedimento, decidimos então retirá-lo dos objetivos da simulação, no entanto todo o material necessário para a realização do mesmo ficou disponível na sala caso o aluno quisesse fazê-lo enquanto exame complementar da consulta. Quanto a validação clínica a enfermeira contribuiu no enriquecimento dos papéis ao exemplificar o comportamento típico de pacientes, como por exemplo, o abalo emocional ao receber o diagnóstico do Diabetes, principalmente do tipo 1 devido a necessidade do uso da insulina.

Como todos os casos seriam discutidos com todos os alunos era preciso diversificá-los a fim de abordar variados aspectos da consulta ao paciente diabético. Foi pensado também em pontuar os principais medos, que levam a condutas inadequadas, referidas pelos próprios pacientes do ambulatório, responsáveis por grande parte das complicações agudas e crônicas, a fim de sensibilizar os alunos para estarem atentos quando realizassem as consultas durante as atividades curriculares. Todavia como contaria com apenas 2 atores decidi criar dois personagens, a saber:

- uma jovem que é recém diagnosticada com diabetes tipo 1 que se apresenta em dois momentos distintos na simulação: a primeira consulta para receber orientações gerais sobre a doença e a terapêutica, e a segunda consulta com queixa de hipoglicemia relacionada a condutas equivocadas (APÊNDICES B e D).

- um paciente idoso, com diagnóstico de diabetes tipo 2 há 15 anos apresentando complicações crônicas da doença. Para este personagem foram elaboradas três situações: a primeira consulta, encaminhado pelo médico para receber orientações quanto ao controle e registro da glicemia e demais orientações de enfermagem, a segunda consulta trazendo os registros de glicemia alterados e preocupado com a possibilidade de ter que usar insulina, e a terceira já com a prescrição de insulina em companhia da filha, para receber orientações quanto a terapêutica (APÊNDICES C, E e F)

A construção dos roteiros precisou também da avaliação dos atores, pois, como eles não são da área da saúde, alguns termos precisaram ser substituídos para facilitar a compreensão, além disso, eles apontaram a necessidade de um detalhamento específico para a manifestação de sentimentos em cada etapa da cena. Foi preciso deixar claro em que momento o paciente deveria manifestar tristeza, ansiedade, medo e até se era conveniente chorar.

A simulação clínica é diferente de um teatro em que as coisas acontecem exatamente como está no roteiro, é preciso que os atores saibam improvisar mediante um comportamento do aluno que não estava previsto. Para algumas perguntas que fugissem do roteiro foi definido que o Paciente Simulado diria que não sabia, não lembrava ou simplesmente negasse um histórico de doença ou sintoma questionado. As 5 situações clínicas foram adaptadas para os atores (APÊNDICE G).

Para o acompanhamento pelo professor do desenvolvimento da atividade, do ponto de vista pedagógico foi construído uma Guia Clínica de procedimento ou *checklist* com os passos que devem ser realizados em uma consulta de enfermagem ao paciente diabético. O *checklist* de acompanhamento das cenas foi elaborado com a intenção de guiar a observação da simulação e direcionar os questionamentos no *debriefing* a fim de provocar a reflexão no aluno, e não apenas com o intuito de verificar o seu desempenho. Sua construção foi baseada no modelo de protocolo de consulta de enfermagem da prefeitura do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2012) organizado de acordo com a proposta de *checklist* de Quilici e Fernandes da universidade Anhembi Morumbi/SP (JANICAS, FERNANDES, 2012). O instrumento contém 45 tópicos correspondentes às ações esperadas para o desempenho da consulta de enfermagem ao paciente diabético, com espaços para assinalar se os mesmos foram desenvolvidos e se o aluno apresentou dificuldade na execução (APÊNDICE H).

b) Seleção e treinamento dos atores

O uso de Paciente Simulado objetiva proporcionar maior fidelidade psicológica ao contexto clínico quando se pretende trabalhar habilidades como comunicação e interação pessoal. Essa representação, a princípio, pode ser desempenhada por qualquer pessoa devidamente treinada, um aluno da graduação, professor, paciente real voluntário, membros da comunidade ou atores profissionais. O uso de atores profissionais facilita todo o preparo implicando apenas no custo desta participação (DUDLEY, 2012). Como a Universidade conta com o Curso de Artes Cênicas pensamos que esta poderia ser uma alternativa viável e eficiente. Foi então realizado contato com a coordenação do referido curso a fim de viabilizar os atores para esta simulação. O primeiro contato com a coordenação do curso foi feito via e-mail, apresentando de forma sucinta a ideia da pesquisa e questionando o interesse do curso em nos auxiliar nesse processo, disponibilizando alunos para participar como Paciente Simulado. A intenção foi firmar uma parceria interprofissional de modo a propiciar aprendizagem mútua sem ônus financeiro. Após o parecer favorável da coordenação, algumas reuniões foram realizadas, primeiramente para apresentar a proposta de forma mais detalhada, depois para discutir a viabilidade da representação dos casos clínicos, e finalmente para definir o perfil dos atores que seriam necessários para desempenhar o papel.

Os alunos de artes cênicas já desenvolviam atividade semelhante para o Curso de Medicina, e a possibilidade de inseri-los em atividades pertinentes à formação despertou interesse para o Curso de Artes Cênicas que redigiu um projeto de extensão e encaminhou a Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis, obtendo aprovação. Assim que os atores, alunos em formação, foram selecionados, receberam os roteiros já adaptados para conhecimento e preparação um ensaio foi realizado e contou com a participação de um enfermeiro aluno do Programa de Pós-graduação em Enfermagem que conduziu a consulta para que eu pudesse acompanhar todo o desenrolar da cena. Um aluno do curso de cinema foi convidado a filmar a cena e assim orientar quanto ao melhor ângulo de posicionamento da câmera, que no dia da simulação seria acondicionada em um local fixo para não interferir na concentração dos alunos.

Realizamos o ensaio em uma sala própria para gravação do Curso de Artes Cênicas, tivemos que improvisar o ambiente para se assemelhar a um consultório e isso interferiu um pouco na concentração dos atores e do enfermeiro, pois faltavam materiais para conduzir a consulta de forma real. O ensaio permitiu estimar o tempo que poderia levar cada consulta bem como realizar ajustes finais na fala dos atores e possíveis

improvisações que seriam necessárias. Foi discutido o figurino de cada ator e a maquiagem necessária para dar mais realismo aos personagens.

Os atores ficaram responsáveis pela caracterização dos personagens, pois tinham acesso ao camarim do curso, contudo, alguns detalhes relevantes foram solicitados para essa caracterização como o uso de sandália aberta para o personagem 2 na primeira consulta, com objetivo de chamar a atenção dos alunos para o calçado apropriado que o paciente diabético deve ser orientado a usar; e uma maquiagem de hematoma no abdômen da personagem 1 na segunda consulta, com objetivo de chamar a atenção para a forma correta de aplicar insulina.

c) Organização e preparo do cenário

A preparação do cenário numa atividade simulada é de extrema importância, pois ele deve remeter o aluno a uma situação mais próxima da realidade possível (QUILICI; ABRAÃO, 2012). Havia a opção do laboratório de habilidades do curso de enfermagem, mas optei em utilizar o próprio espaço do ambulatório do HU como cenário para a simulação clínica, uma vez que nesse há um serviço instalado de atendimento a pessoa com de Diabetes Melittus. Os atendimentos aos pacientes com diabetes feitos neste setor acontecem somente durante o dia, o que possibilita seu uso durante a noite sem trazer prejuízos aos atendimentos que lá são realizados e também por contribuir para o maior realismo das cenas.

Para utilizar o espaço físico do ambulatório como cenário da simulação clínica, foi preciso obter autorização do Hospital Universitário. Para isso foi encaminhado um documento a Direção Geral da Instituição apresentando a proposta do estudo e especificando o dia e o horário da realização da simulação. A autorização foi documentada em forma de Memorando assinado pela Direção de Enfermagem. Uma cópia da autorização foi encaminhada a enfermeira do ambulatório de Diabetes e a Segurança do Campus para que estivessem cientes de nossa presença no dia especificado.

Um ambiente simulado precisa contar com uma estrutura física que comporte as etapas da simulação, quando se utiliza pacientes simulados sem outro tipo de simuladores que necessitem de sala de controle, como os manequins de alta tecnologia, uma estrutura que contemple o contexto clínico simulado, *debriefing*, e sala de suporte para os atores já é suficiente. Assim para implementar a atividade foram organizados 3 espaços distintos com as seguintes finalidades: a sala 1 foi utilizada como “camarim” para que os atores pudessem se preparar para as cenas; a sala 2, o consultório propriamente dito, onde aconteceram as consultas simuladas, a qual contava com um espaço de espera para os clientes, e a

sala 3, destinada a permanência da professora/pesquisadora e demais alunas, onde foram realizadas as discussões após cada simulação - o chamado *debriefing*.

Os materiais para compor o cenário da sala 2, o consultório, em sua maioria já estavam disponíveis no ambulatório, como mesa, cadeiras, maca, balança, esfigmomanômetro, estetoscópio, luvas, seringas, insulinas, lancetas, algodão, termômetro, glicosímetro, fitas reagentes, etc. Outros como prontuário fictício, receituário, folha de registro de insulina e HGT, foram confeccionados especialmente para o estudo. O prontuário fictício foi construído com dois objetivos: fornecer ao aluno informações mínimas para que ele pudesse ter uma ideia geral do caso e servir de espaço para registro da consulta de enfermagem. Os receituários e folha de registro de insulina e HGT foram criados para que o aluno tivesse acesso a dados que necessitassem de uma interpretação clínica na hora da consulta.

O ambiente para a realização do *debriefing* exige alguns recursos para permitir a gravação e reprodução simultânea da consulta de enfermagem realizada pelas alunas. Essa estrutura foi montada nas Salas 2 e 3. Para gravação e transmissão simultânea das cenas foi preciso o suporte de um profissional de Tecnologia da Informação para a seleção e manipulação dos equipamentos. Este profissional selecionou e testou alguns softwares que pudessem gravar as imagens ao mesmo tempo em que as transmitia para a sala de *debriefing* e que pudesse garantir o acesso a gravação imediatamente após a simulação. Alguns softwares testados demoravam muito tempo para compilar o arquivo, o que impossibilitaria o uso imediato das imagens no *debriefing*. Como não possuíamos os equipamentos específicos para a realização da gravação e transmissão simultânea das cenas, foi preciso improvisar.

Para a gravação das cenas foi utilizada uma câmera fotográfica digital com cartão de memória adaptável ao notebook que foi posicionada sobre um armário atrás da mesa. A transmissão simultânea foi realizada através de dois notebooks conectados a um software de vídeo-chamada, um no consultório, posicionado no mesmo ângulo da câmera que estava filmando, e outro na sala de *debriefing* para visualização da cena pelos demais membros do grupo que não estavam atuando. Para que fosse possível esta transmissão foi preciso utilizar a internet sem fio do hospital, disponível para acesso pelos alunos através de senha previamente liberada. Para gravação do *debriefing* foi utilizado um gravador de áudio digital. Os equipamentos foram posicionados e um teste foi realizado para verificar se o som e a imagem ficariam nítidos, se o sinal da internet era estável, se a bateria da câmera seria suficiente

para o tempo de gravação, se as imagens estariam disponíveis imediatamente após o término da cena para ser utilizada no *debriefing*, se o posicionamento da câmera seria capaz de capturar a imagem de toda a área utilizada para a consulta. Foi identificado um único problema relacionado a duração da bateria que não seria suficiente para todo o tempo das gravações, fato que foi resolvido ao carregá-la nos intervalos do *debriefing*.

Para orientação inicial do aluno durante a simulação foram elaborados 2 prontuários fictícios (APÊNDICE I) contendo uma breve história clínica de cada paciente contextualizando o motivo da consulta. O fato de serem apenas dois Pacientes Simulados facilitou na elaboração dos prontuários fictícios e teve o objetivo de chamar a atenção dos alunos quanto a importância do registro, já que era a partir do registro do colega que os alunos se embasariam para fazer a nova consulta.

d) Convite aos Participantes

Para realizar a pesquisa junto aos alunos da Graduação em Enfermagem precisei da autorização da Coordenação do curso. Também foi preciso o auxílio da coordenadora da disciplina para planejar o melhor momento de oportunizar a vivência simulada aos alunos de modo a acompanhar a lógica do cronograma.

A disciplina em questão é operacionalizada da seguinte maneira: os alunos iniciam um bloco teórico com aulas expositivo-dialogadas, seminários e aulas práticas no laboratório de enfermagem. Quando este bloco termina, os alunos desenvolvem atividades teórico-prática em instituição hospitalar, em grupos de 5 ou 6 alunos, acompanhados por um professor facilitador, onde desenvolvem cuidados aos pacientes internados em clínicas médicas e em atendimento ambulatorial. Para que a simulação cumprisse seu propósito de preparar melhor o aluno para o cuidado ao paciente real, era preciso que ela acontecesse no intervalo entre o bloco teórico e o bloco prático. A análise do cronograma da disciplina serviu para definir o melhor momento de implementar a vivência da simulação.

O convite aos alunos do curso de graduação em enfermagem foi feito em parceria com os professores da disciplina durante a aula teórica sobre consulta de enfermagem. Pensou-se que desta forma conseguiríamos reforçar a relevância da simulação clínica para o desenvolvimento deste conhecimento. Nesse dia compareci a sala de aula e expliquei aos alunos meu objetivo e os critérios de inclusão: estar regularmente matriculado na disciplina e ter disponibilidade de comparecer em horário extraclasse (noturno) nas sessões simuladas.

Apesar de muitos estarem interessados, a disponibilidade de horários extracurriculares era o maior impedimento, os alunos ocupam o tempo entre as aulas com atividades como emprego formal, bolsa de extensão, iniciação científica etc. Dos 22 alunos, apenas 5 atendiam aos critérios de inclusão. Uma lista com o nome, telefone e e-mail dos alunos foi recolhida para que as instruções para a simulação fossem passadas antes da data marcada para a simulação.

Estes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, receberam orientações quanto à necessidade de estarem devidamente uniformizados, com material de bolso e crachá de identificação para que a simulação fosse o mais realista possível. Foi informado que o atendimento seria a um paciente adulto com Diabetes Mellitus e que era recomendável a revisão do tema antes da participação no processo.

2º. Passo: Ação

No dia da realização da Simulação, cheguei ao ambulatório com uma hora de antecedência, montei o cenário, disponibilizei um lanche na copa para os alunos, testei os equipamentos e selecionei os casos que seriam simulados já que duas alunas avisaram que não mais participariam por motivos pessoais. Dos 5 casos clínicos criados, selecionei os três primeiros pela lógica sequencial. Os atores logo chegaram e acomodei-os em uma sala para que pudessem se caracterizar. Quando os alunos chegaram, apresentei o ambiente do ambulatório para eles, as salas e os materiais que estavam disponíveis, convidei-os para fazer um lanche antes de iniciarmos a simulação.

Quando tudo estava pronto, cenário, equipamentos, atores e alunos, iniciamos a simulação. As alunas definiram quem seria a primeira a atender o paciente, esta recebeu o prontuário com uma breve contextualização clínica, se dirigiu até o consultório, separou os materiais que achou necessários para realizar o atendimento e chamou o paciente iniciando a consulta. Durante todo o atendimento estávamos acompanhando via software de vídeo-chamada o desenvolver da simulação. Utilizei o *checklist* para fazer o acompanhamento das etapas da consulta e anotar pontos importantes de discussão. Finalizada a simulação, a aluna retornou até a sala onde estávamos para fazermos o *debriefing*. Perguntei como foi para ela fazer este atendimento, em seguida fui pontuando condutas corretas que foram realizadas e que tinham importância para a qualidade da consulta, procurei fazer perguntas que estimulassem as alunas a refletir sobre determinadas ações que poderiam ter sido feitas de outra forma visando à qualidade do atendimento. Os alunos que assistiram puderam emitir suas opiniões, fazer perguntas e complementar a discussão durante todo o *debriefing*.

Quando concluímos esta discussão, o segundo aluno foi atender o próximo paciente e esta sequência se deu até que todos os alunos (num total de 3) tivessem atendido um caso.

3º. Passo: Observação

O terceiro passo da Pesquisa-Ação é a Observação, esta etapa se refere a forma como os dados são coletados para posterior análise. Neste estudo a coleta dos dados se deu nos meses de maio e julho de 2013, de duas formas: Observação participante e Entrevistas. A Observação Participante foi registrada através de um diário de campo em notas de observação descritiva (NOD) e notas de observação reflexiva (NOR), foram utilizadas para complementar os registros feitos neste diário as transcrições das gravações em vídeo da simulação e em áudio das discussões nos momentos de *debriefing*. As Entrevistas semiestruturadas foram realizadas com os alunos em dois momentos após a simulação: antes e depois da inserção no campo de prática, norteadas respectivamente pelas seguintes perguntas: 1. Como foi participar de uma simulação clínica com atores? 2. Como a simulação interferiu no seu processo de aprendizagem?

4º. Passo: Reflexão

A reflexão constitui o final do ciclo da Pesquisa-Ação e significa o possível início de uma nova espiral de mudança. A reflexão procura encontrar o sentido do processo educacional refletindo sobre o plano, o processo e as ações. Compara o planejado e o realizado, refletindo acerca das mudanças experimentadas no âmbito pessoal e grupal e sobre os efeitos da mudança experimentados na própria realidade educacional (ESTEBAN, 2010).

A reflexão é uma etapa que acompanha todas as demais no processo de Pesquisa-Ação. Está relacionada a interpretação teórica da ação que possibilita o aprimoramento da mesma. Para organização dos dados deste estudo seguiu-se a proposta operativa para análise de dados qualitativos nas suas 3 fases: a pré-análise em que os dados transcritos foram analisados e descritos; a exploração do material, cujos dados descritos foram então codificados e organizados em categorias representativas; e tratamento e interpretação, em que foram feitas algumas inferências sobre os dados (MINAYO, 2012).

O referencial teórico que norteou a discussão do estudo foi o da Teoria da Aprendizagem Experiencial de David Kolb (1984). Os resultados deste estudo estão apresentados sob a forma de 2 manuscritos:

1- Aprendizagem experiencial por meio da simulação clínica com uso de atores no ensino da consulta de enfermagem: uma Pesquisa-Ação

2- A pedagogia por trás da experiência clínica simulada: uma análise da percepção de discentes de Enfermagem

4.1 DIMENSÃO ÉTICA DO ESTUDO

O projeto de pesquisa foi submetido ao comitê de ética através de seu cadastro na Plataforma Brasil sendo aprovado sob parecer nº 270.849/2013 (ANEXO A). Foi assegurado aos alunos que seus nomes não constariam nas transcrições e seriam utilizados nomes fictícios escolhidos pelo próprio participante para organização das falas. O conteúdo das entrevistas foi utilizado para fins exclusivos desta pesquisa. As gravações de áudio e vídeo foram armazenadas em uma pasta protegida por senha no computador devendo ficar sob meu domínio por cinco anos, depois deste período o arquivo será deletado. A participação no estudo foi voluntária e não acarretou custos aos participantes, os mesmos também não receberam nenhum pagamento pela sua participação e foi garantido o direito de desistir a qualquer momento do estudo sem que isto lhes trouxesse qualquer prejuízo. O termo de consentimento livre e esclarecido foi lido e assinado em duas vias por aqueles que aceitaram participar, ficando uma via de posse dos participantes contendo e-mail e telefone para contato caso houvesse necessidade (APÊNDICE J).

5 RESULTADOS

5.1 APRENDIZAGEM EXPERIENCIAL POR MEIO DA SIMULAÇÃO CLÍNICA COM USO DE ATORES NO ENSINO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM: UMA PESQUISA-AÇÃO - MANUSCRITO 2

RESUMO

Trata-se de uma Pesquisa-Ação realizada junto a uma disciplina de um curso de graduação em enfermagem, que teve como objetivo propor e implementar a aprendizagem experiencial por meio da simulação clínica com participação de atores para o ensino da consulta de enfermagem. **Metodologia:** Seguiu-se os 4 passos da Pesquisa-Ação: planejamento, ação, observação e reflexão. A simulação clínica foi realizada com colaboração de alunos do curso de artes cênicas e participaram efetivamente do estudo 3 graduandos de enfermagem. Os dados foram coletados em maio e julho de 2013 através de observação participante e entrevistas e analisados de acordo com a proposta operativa para análise de dados qualitativos. **Resultados:** o planejamento compreendeu a construção e validação das guias clínicas; seleção e treinamento dos atores; organização e preparo do cenário e convite aos participantes, a ação é operacionalizada de acordo com as 4 etapas do ciclo de aprendizagem de Kolb (1984): Experiência Concreta, Observação Reflexiva, Conceituação Abstrata e Experimentação Ativa, a observação de todo o processo permite a reflexão e o aprimoramento do método. **Conclusão:** A simulação clínica envolve a participação diferentes sujeitos em todas as suas etapas e a Pesquisa-Ação é um método que favorece sua implementação. Precisa estar guiada por objetivos claros de aprendizagem e por uma pedagogia crítica que estimule o raciocínio crítico no aluno. O uso de atores e cenário real favorece a fidelidade psicológica e o *debriefing* é o momento chave do processo reflexivo que favorece a formação integral do aluno ao longo da vida através da aprendizagem experiencial.

Descritores: Simulação. Simulação de Paciente. Pesquisa Educacional em Enfermagem. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A atividade docente é permeada por desafios e reflexões que o professor faz para melhorar sua atuação. A docência em enfermagem exige do professor um comprometimento social com a população que será atendida pelos enfermeiros formados por ele. A busca por métodos de ensino mais eficientes e eficazes ancorados em novas tecnologias reflete este compromisso e contribui para o desenvolvimento de uma pedagogia mais crítica e reflexiva (MERCADO, 2002).

A partir de uma experiência docente no curso de graduação em enfermagem, em que acompanhei alunos nas atividades teórico-práticas de consulta de enfermagem ambulatorial, comecei a questionar-me sobre as práticas pedagógicas exercidas e sua real contribuição na formação dos estudantes. Em geral, os alunos apenas observavam as consultas realizadas pela enfermeira do setor ou pela professora, e quando tinham a oportunidade de fazê-la, ficavam inseguros e apreensivos, comprometendo a qualidade das orientações prestadas ao cliente.

Foi então que comecei a questionar-me: Seria ético levar alunos para exercitarem habilidades para consulta de enfermagem com pacientes reais? Seria a consulta de enfermagem uma atividade livre de riscos? Quais competências precisariam ser desenvolvidas no aluno para que ele pudesse de fato prestar um cuidado eficiente e seguro?

De acordo com a Lei do Exercício Profissional, a Consulta de Enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro (BRASIL, 1986).

A responsabilidade implicada nesta atividade precisa ser trabalhada na formação, pois diferente de contextos de internação em que o enfermeiro possui controle sobre a realização dos cuidados prescritos, incluindo alimentação, medicação e complicações, no contexto ambulatorial a eficiência do cuidado depende da qualidade das orientações prestadas, do olhar clínico apurado que identifica possíveis riscos e ainda da relação de confiança estabelecida entre profissional e paciente.

Neste sentido, o ensino da consulta de enfermagem deve considerar a experiência, essencial para a aprendizagem, mas precisa garantir que ela ocorra de forma segura e pedagogicamente planejada. O contexto real é sem dúvida o ambiente mais rico para o aperfeiçoamento profissional, no entanto precisamos garantir que ao se inserir neste espaço o aluno esteja seguro e instrumentalizado de forma a prover um cuidado eficaz e livre de riscos.

A simulação clínica surge, então, como uma alternativa eficiente e segura para o ensino dessa atividade. Utilizando-se de um

simulador, que pode ser um manequim, uma pessoa, um software entre outros, a simulação clínica é compreendida como

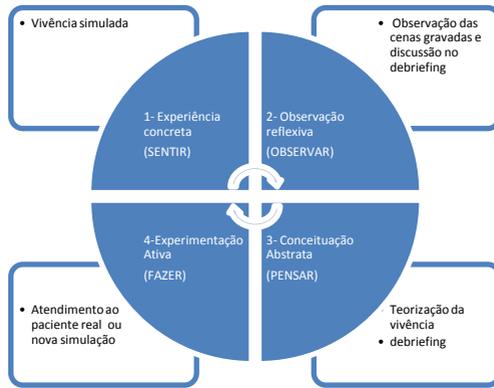
[...] um processo dinâmico que envolve a criação de uma oportunidade hipotética que incorpora uma representação autêntica da realidade, facilitando a participação ativa do aluno e integrando as complexidades do aprendizado prático e teórico com oportunidades para a repetição, *feedback*, avaliação e reflexão (BLAND; TOPPING; WOOD, 2011).

A simulação clínica divide-se em diferentes fases. A primeira delas é o acesso ao conteúdo teórico, podendo ser empregado diferentes métodos de ensino. A segunda fase é o *briefing*, momento que antecede a sessão simulada em que os alunos recebem as instruções sobre os materiais disponíveis, simuladores e objetivos da cena. Esta etapa visa ambientar o grupo de modo que durante a experiência a atenção não seja desviada para a estrutura do ambiente e fique concentrada na situação clínica apresentada. A sessão simulada é o momento em que o aluno experiencia o cuidado de forma ativa fazendo um exercício intenso de relação teoria e prática. Neste momento toda a ação é filmada e transmitida simultaneamente para um outro ambiente onde se encontram o professor e os demais alunos do grupo que acompanham tudo em tempo real. O *debriefing* se refere ao momento de discussão após a sessão simulada, em que o aluno é instigado a observar e refletir sobre sua prática e seus sentimentos na ação, aprimorando seus saberes para uma ação mais eficaz, algumas cenas são selecionadas pelo professor e assistidas pelo grupo a fim de subsidiar a observação reflexiva nos alunos. (ARAÚJO; QUILICI, 2012; GONZÁLES; GÓMEZ et al, 2008).

A simulação clínica é uma metodologia ativa que permite proporcionar ao aluno uma experiência clínica autêntica em ambiente controlado, livre de riscos tanto para o paciente quanto para si. Por meio dela o ciclo de aprendizagem experiencial é aplicado favorecendo a aprendizagem significativa e desenvolvendo no aluno uma postura comprometida com a busca do saber.

O ciclo de aprendizagem de Kolb (1984) é composto por 4 etapas, sua aplicação na simulação está representada na Figura 6.

Figura 6 - Ciclo de Kolb (1984) aplicado a Simulação Clínica



Fonte: Adaptado de KOLB, D. A. *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. New Jersey: Prentice-Hall. 1984.

A primeira fase do ciclo busca colocar o aluno como protagonista de sua aprendizagem, ele ao se deparar com uma necessidade real de atuação mesmo que de forma simulada experimenta sentimentos de medo, dúvida, que são superados ao resgatar os conhecimentos teóricos e aplicá-los a prática. Nem sempre o aluno consegue fazer essa relação do conteúdo trabalhado em sala de aula com sua aplicabilidade concreta, é neste momento que entra o papel do professor como mediador pedagógico no *debriefing*. Para que a vivência seja de fato uma experiência capaz de produzir conhecimento, ela precisa ser observada e refletida, o professor inicialmente faz questionamentos que favoreçam a reflexão do aluno e a relação com a teoria. O uso das cenas gravadas facilita esse processo, pois ao observar-se no momento da atuação o aluno consegue perceber detalhes que não tiveram importância anteriormente, mas que por outro ângulo podem fazer todo o sentido. Quanto a compreensão da experiência é dificultada por deficiência de fundamentação teórica, o professor deve destacar a importância deste saber fazendo questionamentos que instiguem ainda mais o aluno. Uma nova simulação precisa ser realizada até que o aluno possa de fato ser exposto a uma experiência com paciente real.

O uso de Pacientes Simulados, pessoas que interpretam o papel de pacientes, é uma estratégia eficiente para promover a aprendizagem pela experiência por propiciar um contexto muito próximo ao real.

Podem atuar como pacientes simulados qualquer pessoa devidamente treinada incluindo os próprios alunos e professores, No entanto, a participação de pessoas sem o perfil para atuação como Paciente Simulado, ou mesmo pessoas próximas como professores e colegas de classe, diminui a concentração dos participantes. Foi o que verificaram Massias e Shimer (2007) ao desenvolverem estudo que utilizou inicialmente o próprio corpo docente como Paciente Simulado. Os autores perceberam que os alunos não viam de forma realista a interpretação devido à familiaridade que possuíam com os professores. Optaram então em convidar membros do teatro para essa interpretação, o que teve um impacto positivo na aprendizagem.

A autenticidade da simulação, portanto, depende da sua fidelidade, ou seja, do quão próximo ao real a experiência se apresenta. Essa fidelidade pode ser física e/ou psicológica. A fidelidade física é um esforço para criar um contexto de formação que reproduza fisicamente o ambiente real, enquanto a fidelidade psicológica diz respeito ao grau em que o ambiente solicita os processos psicológicos pertinentes aos exigidos no contexto real (KOZLOWSKI; DESHON 2004). Na consulta de enfermagem, a comunicação é uma das principais habilidades a serem trabalhadas cuja fidelidade psicológica nem sempre é alcançada com uso de outro tipo de simulador (TRONCON, 2007).

Neste contexto, movida por essas inquietações e querendo propor uma aprendizagem experiencial, como sugere Kolb (1984), no ensino da consulta de enfermagem, de forma que preserve a segurança do paciente ao mesmo tempo em que permita ao aluno desenvolver as competências necessárias para lidar com o paciente real, este estudo teve como objetivo: propor e implementar a aprendizagem experiencial por meio da simulação clínica com participação de atores para o ensino da consulta de enfermagem.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo Pesquisa-Ação. Este tipo de pesquisa tem por finalidade “contribuir com informações que orientem a tomada de decisões e os processos de mudança para melhoria da realidade” (ESTEBAN, 2010, p.167). O processo de Pesquisa-Ação se caracteriza fundamentalmente por seu caráter cíclico, sua flexibilidade e interatividade e é composto por 4 passos: Planejamento, Ação, Observação e Reflexão (ESTEBAN, 2010).

O planejamento é a primeira etapa de uma Pesquisa-Ação, é o momento em que se estabelece o que é necessário providenciar para que

a ação propriamente dita aconteça. A ação como o próprio nome expressa é o momento em que se coloca em prática a proposta inicial que visa mobilizar os envolvidos para um fazer reflexivo que produza conhecimento. A observação se refere à coleta de dados, a forma como eu busco informações dessa vivência para compreendê-la. Já a Reflexão permeia todo o processo de Pesquisa-Ação e é através dela que o ciclo se reinicia e evolui na busca incessante pela produção de conhecimento e melhoria da prática. Estas etapas do percurso metodológico apoiaram todo o processo de proposição e de implementação da experiência de aprendizagem e serão descritas nesse manuscrito

O estudo foi desenvolvido junto a uma disciplina do curso de Graduação em Enfermagem de uma universidade do sul do Brasil. Os participantes do estudo foram os alunos matriculados nesta disciplina no primeiro semestre de 2013 que tinham disponibilidade e interesse em participar das sessões de simulação no período noturno (extraclasse). Dos 22 alunos matriculados, 5 atendiam aos critérios de inclusão e 3 compareceram no dia da simulação

Os dados foram coletados por meio da observação participante e entrevistas com as alunas, realizadas após a simulação, antes e depois das experiências clínicas reais em maio e julho de 2013. Os dados de observação foram registrados em diário de campo, em notas de observação descritivas (NOD) e notas de observação reflexivas (NOR). As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. A análise dos dados foi realizada com base no modelo operativo de Minayo (2012), a saber: a pré-análise em que os dados foram organizados considerando as fases da Pesquisa-Ação (planejamento, ação, observação e reflexão); a exploração do material, cujos dados foram lidos exaustivamente e selecionados para compor a descrição de todos os passos do processo; e tratamento e interpretação, em que foram feitas as reflexões visando sistematizar o processo vivido e refletir sobre o sentido da experiência para os participantes.

A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética da Universidade sob parecer nº 270.849/2013 e respeitou os princípios éticos previstos na resolução CNS 466/12 (BRASIL, 2012). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e para garantia do anonimato os nomes indicados nas falas são fictícios escolhidos pelas próprias alunas no momento da entrevista.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Propondo e implementando uma aprendizagem experiencial por meio da simulação clínica da consulta de enfermagem

A proposição e implementação de uma aprendizagem experiencial por meio da simulação clínica, requer o cumprimento de uma infinidade de procedimentos. Diante disto a Pesquisa-Ação em suas 4 etapas (Planejamento, Ação, Observação e Reflexão) propiciou a implementação deste método de ensino favorecendo a reflexão constante do professora/pesquisadora e um aprimoramento cíclico da ação. A seguir serão apresentados passo a passo a implementação da simulação clínica para o ensino prático da consulta de enfermagem.

1º. Passo: Planejamento:

O desenvolvimento de uma simulação clínica precisa da articulação de diferentes sujeitos envolvidos com a problemática, o que vai ao encontro do que se propõe a Pesquisa-Ação. Para concretizar a proposta de implementação da simulação clínica para o ensino da consulta de enfermagem houve um movimento de aproximação com os atuais professores da disciplina em que eu atuava a fim de identificar se minhas inquietações eram por eles compartilhadas. Solidários a causa, os professores que estavam envolvidos diretamente com o ensino da consulta de enfermagem e do Diabetes Mellitus se propuseram a auxiliar na construção dos casos clínicos e do *checklist* de acompanhamento das cenas, validando-os do ponto de vista pedagógico, visando a adequação com os objetivos da disciplina. Da mesma forma, uma aproximação com a enfermeira do ambulatório foi feita para envolvê-la neste processo e assim enriquecer a proposta com esse olhar da prática, de quem convive diariamente com a subjetividade do paciente com doença crônica. A fase de planejamento envolveu as seguintes atividades: construção e validação das guias clínicas; seleção e treinamento dos atores; organização e preparo do cenário e convite aos participantes, as quais serão descritas a seguir.

a) Construção das guias clínicas:

Para sistematizar o ensino baseado em simulação clínica, algumas ferramentas didáticas são utilizadas. As guias clínicas são instrumentos elaborados pelos docentes e devem refletir os objetivos pedagógicos da instituição. Podem ser divididas em Guias de manejo, de procedimento e de estudo. As guias de manejo são instrumentos que auxiliam na montagem e manutenção dos simuladores (manequins computadorizados e softwares), através deste instrumento esse conhecimento fica acessível a qualquer funcionário do laboratório. As guias de procedimento são *checklist* do passo a passo de procedimentos e

facilitam o estudo dos alunos quando em treinamento de habilidades, pois proporcionam uma verificação dos pontos que o aluno ainda precisa aperfeiçoar. As guias de estudo são instrumentos mais estruturados, compreendem o caso clínico, o simulador a ser utilizado, e exige do aluno um conhecimento prévio para que consiga desenvolver o cenário. Neste estágio não basta, por exemplo, realizar o exame físico, é preciso relacioná-lo com a história clínica e justificar sua relação com a patologia apresentada (AMAYA AFANADOR, 2011).

Para a implementação da atividade de consulta de enfermagem ao paciente diabético, a primeira atividade a ser realizada diz respeito a construção das guias clínicas de estudo e de procedimento. As Guias clínicas de estudo são casos clínicos que orientarão todo o processo. Para a construção desses instrumentos é necessário ter em mente que o objetivo de aprendizagem a que eles se propõem, devem ser claros e relacionados às competências a serem desenvolvidas, considerando as características do paciente, sua história clínica e dados do exame físico, que serão representados (QUILICI; ABRAÃO, 2012).

Foram elaborados e validados cinco instrumentos baseados no caso clínico de 2 personagens. Esta estratégia buscou estimular no aluno a percepção da continuidade no cuidado ambulatorial fazendo-os vivenciar tanto uma primeira consulta, quanto retornos de um mesmo paciente em situações clínicas distintas. O resumo das situações clínicas construídas estão apresentados no Quadro 5:

Quadro 5 - Resumo das situações clínicas da simulação

Nº	Paciente Simulado	Contexto
1	M.S. fem. 20 anos.	Paciente recém-diagnosticada com DM tipo 1, com prescrição de insulino terapia. Apresentando-se apreensiva por desconhecer a doença e o tratamento.
2	F.A. masc. 60 anos	Paciente com diagnóstico de HAS e DM tipo 2 há 15 anos, apresentando hiperglicemia recorrente, encaminhado pelo médico com pedido de controle de HGT a ser realizado 3 vezes na semana em jejum. Baixa aderência à dieta e tratamento com hipoglicemiante oral, sedentário, com queixa de formigamento em MID, usa sandália aberta. Tem retorno médico em 30 dias. Não manifesta preocupação com seu estado de saúde.
3	M.S. fem. 20 anos	Paciente retorna a consulta de enfermagem com queixa de tontura e mal estar. Refere dor no local da aplicação de insulina apresentando hematoma. Traz registro de controle glicêmico apresentando valores entre 55 e 150

		mg/dl.
4	F.A. masc. 60 anos	Paciente retorna para consulta de enfermagem preocupado com a possibilidade referida pelo médico de ter que iniciar uso de insulina. Mantém tratamento com hipoglicemiante oral, está fazendo controle de glicemia e trouxe registros que variam de 130 a 250mg/dl. Manifesta compreensão distorcida do uso da insulina associando a amputação e cegueira. Questiona sobre a necessidade de usar calçado fechado.
5	F.A. masc. 60 anos	Vem para 3ª consulta de enfermagem com prescrição médica de Insulina NPH 20 U antes do café da manhã e 10U antes da janta e Insulina Regular 6U antes do café da manhã, antes do almoço e antes do jantar. Está acompanhado da filha que ficará responsável pela aplicação da insulina já que o pai e a mãe não se sentem seguros para realizar o procedimento. O paciente apresenta-se um pouco entristecido com a nova terapêutica, está se sentindo um “peso” para a filha.

Fonte: OLIVEIRA, S. N.. **Simulação Clínica com participação de atores para o ensino da consulta de enfermagem:** Uma Pesquisa-Ação. 2013. 179f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

Para o acompanhamento pelo professor do desenvolvimento da atividade, do ponto de vista pedagógico foi construído uma Guia Clínica de procedimento ou *checklist* com os passos que devem ser realizados em uma consulta de enfermagem ao paciente diabético. O *checklist* de acompanhamento das cenas foi elaborado com a intenção de guiar a observação da simulação e direcionar os questionamentos no *debriefing* a fim de provocar a reflexão no aluno, e não apenas com o intuito de verificar o seu desempenho. Sua construção foi baseada no modelo de protocolo de consulta de enfermagem da prefeitura do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2012) organizado de acordo com a proposta de *checklist* de Quilici e Fernandes da universidade Anhembi Morumbi/SP (JANICAS; FERNANDES, 2012). O instrumento contém 45 tópicos correspondentes às ações esperadas para o desempenho da consulta de enfermagem ao paciente diabético, com espaços para assinalar se os mesmos foram desenvolvidos e se o aluno apresentou dificuldade na execução. O Quadro 6 apresenta parte deste instrumento para ilustrar sua operacionalização.

Quadro 6 - Exemplo do *Checklist*: Consulta de enfermagem ambulatorial ao paciente diabético construído para o acompanhamento da atividade simulada.

Ações esperadas	Realizado	Dificuldade	Observações
1. Recebe cordialmente o paciente se apresentando como estudante de Enfermagem?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
2. Usa linguagem clara e compreensível?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
3. Explica como será a consulta e quanto tempo levará?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Fonte: OLIVEIRA, S. N.. **Simulação Clínica com participação de atores para o ensino da consulta de enfermagem**: Uma Pesquisa-Ação. 2013. 179f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

b) Seleção e treinamento dos atores

O uso de Paciente Simulado objetiva proporcionar maior fidelidade psicológica ao contexto clínico quando se pretende trabalhar habilidades como comunicação e interação pessoal. Essa representação, a princípio, pode ser desempenhada por qualquer pessoa devidamente treinada, um aluno da graduação, professor, paciente real voluntário, membros da comunidade ou atores profissionais. O uso de atores profissionais facilita todo o preparo implicando apenas no custo desta participação (DUDLEY, 2012). Como a Universidade conta com o Curso de Artes Cênicas pensamos que esta poderia ser uma alternativa viável e eficiente, foi então realizado contato com a coordenação do referido curso a fim de viabilizar os atores para esta simulação. A intenção foi firmar uma parceria interprofissional de modo a propiciar aprendizagem mútua sem ônus financeiro. O contato foi feito com a coordenação do curso que prontamente se colocou favorável a essa possibilidade. Os alunos de artes cênicas já desenvolviam atividade semelhante para o Curso de Medicina, e a possibilidade de inseri-los em atividades pertinentes à formação despertou interesse para o Curso de Artes Cênicas que redigiu um projeto de extensão e encaminhou a Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis, obtendo aprovação. Esses atores, alunos em formação, receberam os roteiros já validados para conhecimento e preparação. Posteriormente, a professora/pesquisadora realizou junto com eles um ensaio que auxiliou na composição das cenas

e promoveu alguns ajustes, tais como: substituir alguns termos técnicos dos roteiros para facilitar a compreensão pelos atores; incluir perguntas-chave ao final dos roteiros para subsidiar a intervenção do ator no caso do estudante de enfermagem não questionasse os pontos principais. Por exemplo, no caso 1, se o estudante de enfermagem não abordasse a questão do armazenamento da insulina, o ator estava instruído a questionar onde ele deveria guardá-la; outra solicitação dos atores foi a indicação dos momentos em que deveriam manifestar emoções e em que intensidade.

Os atores ficaram responsáveis pela caracterização dos personagens, a qual deveria atender as seguintes questões: o personagem com complicações crônicas deveria na primeira consulta estar calçando sandálias abertas, com objetivo de chamar a atenção dos alunos para o calçado apropriado que o paciente diabético deve ser orientado a usar; a personagem feminina na consulta de retorno deveria apresentar um hematoma no abdômen.

c) Organização e preparo do cenário

A preparação do cenário numa atividade simulada é de extrema importância, pois ele deve remeter o aluno a uma situação mais próxima da realidade possível (QUILICI; ABRAÃO, 2012).

Optou-se em utilizar como cenário o próprio ambiente do ambulatório de diabetes do HU que não é utilizado no período noturno. Para a autorização do uso do espaço foram realizados os encaminhamentos administrativos requeridos pela instituição.

Um ambiente simulado precisa contar com uma estrutura física que comporte as etapas da simulação, quando se utiliza pacientes simulados sem outro tipo de simuladores que necessitem de sala de controle, uma estrutura que contemple o contexto clínico simulado, *debriefing*, e sala de suporte para os atores já é suficiente. Assim para implementar a atividade foram organizados 3 espaços distintos com as seguintes finalidades: a sala 1 foi utilizada como “camarim” para que os atores pudessem se preparar para as cenas; a sala 2, o consultório propriamente dito, onde aconteceram as consultas simuladas, a qual contava com um espaço de espera para os clientes, e a sala 3, destinada a permanência da professora/pesquisadora e demais alunas, onde foram realizadas as discussões após cada simulação - o chamado *debriefing*.

Os materiais para compor o cenário da Sala 2- o consultório, em sua maioria já estavam disponíveis no ambulatório, como mesa, cadeiras, maca, balança, esfigmomanômetro, estetoscópio, luvas, seringas, insulinas, lancetas, algodão, termômetro, glicosímetro, fitas reagentes, etc. Outros como prontuário fictício, receituário, folha de

registro de insulina e HGT, foram confeccionados especialmente para o estudo. O prontuário fictício foi construído com dois objetivos: fornecer ao aluno informações mínimas para que ele pudesse ter uma ideia geral do caso e servir de espaço para registro da consulta de enfermagem. Os receituários e folha de registro de insulina e HGT foram criados para que o aluno tivesse acesso a dados que necessitassem de uma interpretação clínica na hora da consulta.

O ambiente para a realização do *debriefing* exige alguns recursos para permitir a gravação e reprodução simultânea da consulta de enfermagem realizada pelas alunas. Essa estrutura foi montada nas Salas 2 e 3. Para gravação e transmissão simultânea das cenas foi preciso o suporte de um profissional de Tecnologia da Informação para a seleção e manipulação dos equipamentos. Este profissional selecionou e testou alguns softwares que pudessem gravar as imagens ao mesmo tempo em que as transmitia para a sala de *debriefing* e que pudesse garantir o acesso à gravação imediatamente após a simulação. Alguns softwares testados demoravam muito tempo para compilar o arquivo, o que impossibilitaria o uso imediato das imagens no *debriefing*. Como não possuíamos os equipamentos específicos para a realização da gravação e transmissão simultânea das cenas, foi preciso improvisar. A solução encontrada foi utilizar dois notebooks com *web cam* conectados através de um software de vídeo-chamada, utilizando a internet sem fio da Instituição, para transmissão simultânea, e uma câmera filmadora digital com cartão de memória adaptável ao notebook para gravação das cenas. As imagens capturadas eram passadas para o computador através do cartão de memória e a bateria da câmera era recarregada nos intervalos entre as simulações. As imagens eram utilizadas para pontuar cenas que necessitavam de alguma reflexão. Uma câmera reserva foi levada e precisou ser utilizada na última cena, pois a câmera oficial apresentou problemas com o *zoom*. O *debriefing* é o momento em que se faz análise e reflexão sobre o que foi vivido na simulação, utiliza-se trechos da cena gravada para que o aluno reflita sobre a ação e mediado pelo professor possa estabelecer conexões com a teoria, reformulando conceitos (SASTRÍAS, 2012). Um gravador digital foi utilizado para o registro das falas durante o *debriefing*.

d) Convite aos Participantes:

O convite aos alunos do curso de graduação em enfermagem foi feito em parceria com os professores da disciplina durante a aula teórica sobre consulta de enfermagem. Pensou-se que desta forma conseguiríamos reforçar a relevância da simulação clínica para o desenvolvimento deste conhecimento. A turma era composta por 22

alunos, tínhamos como critérios de inclusão que os mesmos estivessem regularmente matriculados e tivessem disponibilidade e interesse em participar das sessões simuladas no período noturno (extraclasse). Atenderam aos critérios de inclusão 5 alunos, dos quais 3 compareceram no dia da simulação. Estes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, receberam orientações quanto à necessidade de estarem devidamente uniformizados, com material de bolso e crachá de identificação para que a simulação fosse o mais realista possível. Foi informado que o atendimento seria a um paciente adulto com Diabetes Mellitus e que era recomendável a revisão do tema antes da participação no processo.

2º. Passo e 3º. Passo: Ação e Observação

Estas etapas da Pesquisa-Ação serão apresentadas juntas, pois aconteceram simultaneamente. Todo o processo de pesquisa foi observado e registrado e a descrição da ação está ancorada em minhas observações enquanto professor/pesquisador.

Os alunos chegaram ao ambulatório no horário combinado e lhes foi apresentada a estrutura física do consultório e os materiais que estavam disponíveis. Foi informado que cada um faria o atendimento a um paciente adulto com diagnóstico de Diabetes Mellitus e que teriam acesso a um prontuário com informações destes pacientes. Foi informado que como os pacientes eram atores não poderia ser feito nenhum procedimento invasivo. Eles puderam decidir a ordem que fariam os atendimentos e assim que se dividiram foi iniciada a simulação. Foram selecionados 3 casos, dentre o 5 criados, já que 2 alunos não compareceram.

Os atores ficaram aguardando na sala de espera do ambulatório, neste mesmo momento alguns consultórios estavam sendo utilizados pelo curso de Fonoaudiologia para o atendimento a pacientes da comunidade e os atores se misturaram aos pacientes reais.

Eu enquanto professor/pesquisador e as outras 2 alunas ficamos na sala 3 reservada para o *debriefing* localizada ao lado do consultório em que acontecia a simulação acompanhando a consulta que estava sendo transmitida simultaneamente.

Para realização do primeiro atendimento a aluna Maria Catarina teve acesso ao prontuário fictício com as seguintes informações:

Maria de Souza, 20 anos, solteira, católica, ensino fundamental completo, natural e residente do bairro Canasvieiras em Florianópolis. Foi admitida no dia 26/04/13 na emergência do HU

inconsciente trazida pelo SAMU. Sinais vitais: PA 100x50, FC: 128 bpm, FR: 28 mrpm, T 36,0° C, Sat O₂ 99%, HGT 430 mg/dl. Diagnóstico médico: Cetoacidose Diabética - Diabetes Mellitus tipo 1. Encaminhada ao ambulatório para avaliação de enfermagem e orientação quanto ao uso de insulina (NPH – 20U antes do café da manhã e 10U antes do jantar). (Prontuário fictício1)

A consulta teve duração de 45 minutos. A Aluna realizou as orientações sobre diabetes, alimentação, atividade física, insulino terapia, pé diabético, teste de glicemia capilar. Utilizou linguagem clara com poucos termos técnicos. Não realizou exame físico nem registro em prontuário (NOD).

Ao finalizar o atendimento a aluna se dirigiu a sala de *debriefing*. Iniciamos a discussão com a seguinte pergunta: Como foi para você realizar este atendimento? Na medida em que a aluna relatava sua experiência eram destacados aspectos positivos identificados no vídeo como a solicitação que ela fez a paciente para repetir o procedimento de aspiração da insulina para verificar se realmente a explicação tinha sido efetiva, o domínio do conteúdo teórico percebido nas orientações, dentre outras. Ao apresentar algumas cenas para incentivar a discussão procurou-se mesclar pontos positivos e negativos do atendimento a fim de explicitar o caráter formativo da atividade. O grupo revelou neste momento que a escolha desta aluna para ser a primeira a realizar o atendimento simulado se deu porque a mesma foi quem apresentou o seminário sobre diabetes em sala de aula e por isso as colegas a indicaram como a mais “preparada”.

Foram abordados alguns pontos desta consulta como o tempo de duração, a quantidade de informação, a falta da realização do exame físico e do registro etc. A aluna manifestou que não se sentiu preparada para realizar o exame físico e não viu necessidade de fazê-lo já que a paciente estava internada na clínica médica. Quanto ao registro disse que até pensou em registrar em forma de SOAP¹ (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano), mas como não tinha feito exame físico e não teria dados objetivos para registrar, achou melhor não escrever (NOD).

No momento do *debriefing*, o papel do professor é de fundamental importância, pois ele precisa se colocar como um mediador do processo, de modo que seja percebido como um momento de aprendizagem e não um momento avaliativo/punitivo. Também se espera que o professor problematize as situações vividas pelo aluno,

¹fazendo-lhe perguntas para despertar-lhe a curiosidade (SASTRÍAS, 2012). Todavia, como algumas interpretações feitas pela aluna estavam equivocadas, não consegui enquanto professora me limitar a fazer perguntas provocativas e fiz explicações teóricas sobre vários pontos no *debriefing*, o que não é seu objetivo (NOR). O mesmo teve duração de 29 minutos.

Para o segundo atendimento a aluna Elisa teve acesso aos seguintes dados do prontuário fictício:

Francisco Andrade, 60 anos, casado, católico, natural e procedente de Antônio Carlos – SC. HAS, DM2 há 15 anos. HGT: 220 mg/dl, HbA1c 8,5%. Orientado sobre a importância de utilizar a medicação prescrita, iniciar atividade física e controlar a alimentação. Solicito monitorização da glicemia capilar 3 x na semana em jejum (8 a 10 horas). Retorno em 15 dias para avaliação da necessidade de iniciar insulino terapia. Medicamentos prescritos: Metformina 850mg 2 x ao dia, Glibenclamida 5mg 3x ao dia, Atenolol 50mg 1x ao dia.(Prontuário fictício 2)

A aluna fez orientações sobre alimentação, teste de glicemia capilar, atividade física, pé diabético, hipoglicemia, hiperglicemia. Orientou o paciente a não modificar radicalmente seus hábitos de alimentação para não interferir no resultado do controle de HGT, recomendou que o paciente elevasse os membros inferiores, quando ele se queixou de formigamento.

Como a aluna Maria Catarina, Elisa também não realizou o exame físico nem o registro em prontuário, ainda que já tivéssemos discutido isso no *debriefing* anterior (NOD). A consulta foi realizada em 14 minutos.

Da mesma forma que no primeiro caso, o *debriefing* aconteceu logo que a consulta foi finalizada e teve duração de 26 minutos. A aluna retornou ao grupo e foi instigada a falar sobre a experiência. Algumas perguntas foram capazes de fazer a aluna resgatar o conhecimento que já possuía e que na consulta não conseguiu relacioná-lo, como por exemplo, ao questionar sobre o calçado que o paciente estava usando, a aluna

¹SOAP é uma sigla referente a notas de evolução orientadas para o problema cujas letras significam respectivamente: dados Objetivos, dados Subjetivos, Análise de dados e Plano de tratamento. (SAUPE; HERR, 1984)

respondeu que era chinelo e imediatamente mencionou que deveria ter recomendado o calçado fechado, capaz de proteger contra traumas e lesões. Outro momento foi quando voltamos a cena da recomendação para elevação dos membros inferiores, o grupo todo participou da discussão e juntos concluíram que a recomendação não foi adequada para a queixa apresentada (NOD).

Para o terceiro atendimento, como era a mesma paciente do atendimento 1 agora em uma consulta de retorno, a aluna teve acesso ao Prontuário 1, supracitado.

A terceira consulta simulada levou 11 minutos. Como era o retorno da paciente do caso 1 e a aluna Alice já estava familiarizada com a situação clínica, as suas orientações foram focadas nas dúvidas apresentadas pela paciente. À medida que a paciente ia relatando suas queixas, a aluna relacionava possíveis causas e fazia questionamentos para certificar suas hipóteses. Por exemplo, quando a paciente referiu que a injeção de insulina doía um pouco e que estava ficando roxo no local aplicado, a aluna questionou sobre o rodízio e a forma como estava sendo feito o procedimento, além de pedir para examinar o local. Não foi realizado registro em prontuário (NOD).

O *debriefing* desta última consulta simulada abordou além da percepção do aluno sobre a experiência, tópicos sobre hipoglicemia, rodízio de insulina e estado emocional do paciente. Teve duração de 12 minutos. Como era o último *debriefing* e todos já haviam passado pela experiência, foi feito um resgate da percepção dos alunos sobre o estado emocional de seus pacientes relacionando com a situação de cronicidade da doença. Neste momento os alunos destacaram o comportamento percebido durante o atendimento simulado sobre a resistência a mudança de hábitos alimentares e relacionaram com outras situações vivenciadas na família como na seguinte fala

[...] pelo menos a minha avó ela tem diabetes e ela diz que o problema são as comidas de hoje em dia, o que ela come desde criança não foi o que deu nela. São essas coisas industrializadas, se ela come as coisas de casa, arroz, feijão, não tem problema, ela acha que o problema é comer comida industrializada, então ela não vê o problema dentro da casa dela, ela vê mais na rua. (Elisa)

Finalizamos as 3 simulações e respectivos *debriefing* com 2 horas e 17 minutos de duração.

4º. Passo: Reflexão

A reflexão constitui o final do ciclo da Pesquisa-Ação e significa o possível início de uma nova espiral de mudança. A reflexão procura encontrar o sentido do processo educacional refletindo sobre o plano, o processo e as ações. Compara o planejado e o realizado, refletindo acerca das mudanças experimentadas no âmbito pessoal e grupal e sobre os efeitos da mudança experimentados na própria realidade educacional (ESTEBAN, 2010). A reflexão de todo esse processo foi feita sob duas perspectivas: da pesquisadora/professora que propôs e implementou esta simulação e das alunas que vivenciaram a experiência de aprendizagem por simulação:

a) O olhar da professora/pesquisadora

Ao realizar articulação com outro curso de graduação da Universidade, este estudo mobilizou ações visando a interdisciplinaridade. O projeto acadêmico que foi elaborado para a prática de Paciente Simulado pelos alunos de Artes Cênicas, foi um passo importante para destacar esse, que pode ser um método viável e promissor de ensino ao mesmo tempo em que beneficia o aprimoramento profissional dos futuros atores (NOR). A articulação com diferentes profissionais no âmbito da universidade mobilizou os envolvidos, contribuindo para a formação de indivíduos capazes de transitar, simultaneamente, em diferentes áreas científicas (AMPARO, 2013).

Essa articulação implícita na Pesquisa-Ação favorece o sentimento de pertencimento dos envolvidos. Ao construir os casos clínicos e validá-los com docentes e profissionais do serviço criou-se um sentimento de coresponsabilidade que propiciou um diálogo horizontal entre professor, pesquisador e enfermeiro, de modo que vivenciamos juntos todos esses papéis (NOR).

Neste movimento de atingir os objetivos da disciplina através da simulação de contextos clínicos, ficou nítida a necessidade de uma intencionalidade pedagógica em cada detalhe, o professor precisa ter consciência disso para poder intervir no processo de aprendizagem do aluno garantindo a compreensão dos conceitos (SILVA; BRIZOLLA; SILVA, 2013). A estratégia de explorar um mesmo caso clínico em diferentes contextos tinha uma intencionalidade pedagógica que foi atingida. A estratégia causou uma reflexão entre os alunos sobre a continuidade do cuidado aos pacientes crônicos, através dos retornos, e da necessidade da atuação multiprofissional que muitas vezes o contexto real não proporciona já que o período que o aluno passa em campo é

muito pequeno e não permite a avaliação de um mesmo paciente ao longo do tempo (NOR).

Os alunos manifestaram satisfação em participar desta experiência e reforçaram que sentiam medo de realizar o exame físico e registro de enfermagem mesmo sabendo que era um contexto simulado e que o erro não implicaria em prejuízo ao paciente (NOD).

Isso se deve a fidelidade psicológica alcançada pelo cenário. Quando nos aproximamos muito da realidade na simulação através do uso de materiais realísticos e uso de pessoas na interpretação de pacientes, por exemplo, exigimos do aluno os mesmos processos mentais que uma situação real exigiria fazendo-o experienciar sentimentos autênticos (KOZLOWSKI; DESHON, 2004).

Contribuiu para isso o uso do próprio ambulatório como cenário, a presença de pacientes reais na sala de espera junto aos atores no momento da simulação e os atores que mantiveram a concentração do início ao fim, transmitindo emoções muito semelhantes aos pacientes reais, improvisando quando a consulta fugia do que estava previsto e utilizando perguntas que retomavam o foco do diálogo planejado. O uso dessa estratégia permitiu que uma simulação de baixa tecnologia propiciasse um cenário de alta fidelidade (NOR).

Os alunos não realizaram todas as etapas da consulta de enfermagem. O que pode indicar uma fragilidade na compreensão dos conteúdos trabalhados em sala de aula ou uma dificuldade em transpô-los para situações práticas. A fundamentação teórica sobre diabetes aplicada a consulta foi mais bem percebida na aluna que desenvolveu o seminário sobre a temática, as demais tiveram mais dificuldade na correlação teórica dos sinais e sintomas apresentados pelos atores. Algumas falas ilustram essa observação feita:

[...] se tivesse sido um paciente com hepatite, algum tipo de hepatite, o meu desempenho teria sido bem pior, porque não foi o meu seminário, foi só aquilo que eu estudei depois, dos outros. Eu acho que se eu chegar na prática e ter um paciente diabético vai ser muito melhor, vai influenciar muito mais por aquilo que eu aprendi eu fiquei só na minha parte de sinais e sintomas, de tratamento, era tudo a minha parte do seminário, então eu sabia tudo, foi bem tranquilo pra falar, mas se fosse outra coisa seria bem mais difícil. (Maria Catarina)

[...] diabetes eu estudei pra poder falar de insuficiência renal causada pela diabetes e eu acabei estudando um pouco, mas eu acho que até por isso foi minha falha porque na verdade eu estudei bem a doença mas acabei esquecendo completamente de outras coisas associadas ao diabetes, a terapia e essa parte de pé diabético eu não estudei acabei estudando bem mais o conceito da doença pra poder entender porque ela causava insuficiência renal, mas eu acho que talvez eu me saísse um pouco melhor sendo alguma coisa relacionada ao meu seminário. (Alice)

No entanto, vale ressaltar que a proposta do ciclo de aprendizagem de Kolb (1984) visa propiciar a reflexão sobre a ação, seja ela assertiva ou não. Neste sentido, esta vivência fez com que os alunos identificassem a necessidade de aprofundamento teórico para além da aquisição de nota, mas para a sua formação como enfermeiras.

A reflexão provocada pela simulação foi evidenciada nas entrevistas feitas com os alunos. Mesmo depois de encerrada as sessões de simulação eles foram para casa e continuaram pensando sobre como fariam uma próxima consulta, o que não poderiam esquecer e o que precisariam estudar mais, ou seja, a observação reflexiva se estendeu para além da simulação e *debriefing* (NOD).

Eu falei pra minha mãe no telefone, eu falei de tanta coisa (durante a simulação), mas assim o principal eu falei, mas não precisava ter me estendido tanto, mas ao mesmo tempo a gente quer mostrar que a gente sabe e sei lá, não tem noção direito do que precisa realmente falar, então pra mim ficou bem claro agora, quando eu chegar no paciente de verdade eu vou saber também fazer essa avaliação do que é importante falar (Maria Catarina).

A simulação clínica garante ao aluno a experiência que nem sempre ele tem garantida na prática, a realização da consulta de enfermagem simulada para essas alunas foi a única experiência ativa de colocar em prática a consulta de enfermagem que elas tiveram teoricamente na disciplina.

Então, acompanhamos as consultas da enfermeira que faz consulta de hipertensão e diabetes, a gente não pode fazer a consulta em si, só acompanhou (Maria Catarina).

[...] a maioria das meninas chegou lá, tá é consulta de enfermagem, sabe que o enfermeiro conversa com o paciente, mas não sabe como que é esse processo ainda mais com paciente diabético, então a gente ter feito a experiência lá na sala mudou um pouco a percepção, sabe. Deu pra ir com a mente um pouco mais aberta (Elisa).

No entanto, o contexto real enriquece a aprendizagem e faz o aluno perceber os pacientes como pessoas únicas com suas histórias de vida e enfrentamento da doença particulares. Essa prática não deve ser substituída pela simulação, mas associada a ela para maior eficiência do ensino e segurança do cuidado (NOR).

A não delimitação prévia do tempo de duração das consultas fez com que a primeira consulta ocupasse um tempo muito grande da sessão. Isso de certa forma quase prejudicou a programação, visto que se todos os 5 alunos comparecessem no dia da simulação, a duração da mesma seria muito longa e cansativa. No entanto, a reflexão feita pelos alunos a respeito da necessidade de planejar a consulta elegendo prioridades de orientações e programação de novas consultas para uma melhor compreensão dos cuidados pelo paciente, só pode ser feita porque houve a experiência concreta de uma consulta muito longa.

A condução do *debriefing* não se deteve a questionamentos e o tempo utilizado pelo professor foi muito maior que o tempo utilizado pelo aluno na discussão. Isso aconteceu porque os alunos desconheciam determinados conteúdos importantes para condução efetiva de uma consulta ao paciente diabético. Talvez o enfoque nos cuidados a esta patologia tenha desviado um pouco o objetivo inicial de trabalhar a consulta de enfermagem de modo que os conhecimentos adquiridos pudessem ser aplicados a outros contextos clínicos.

Para que a reflexão de fato aconteça é necessário que haja um preparo docente, pois é a ele que cabe o acompanhamento dos alunos de modo a desmistificar os medos e prepará-los para lidar com suas ansiedades respeitando os seus tropeços e de seus colegas no decorrer da aprendizagem (AGUIRRE, 2000). Por isso *debriefing* é um momento essencial da simulação onde o docente dá um *feedback* imediato, intervindo não como um controlador, mas como um motivador que tem

o estudante como centro do processo de aprendizagem (BRAGA; SILVA, 2006; SASTRÍAS, 2012).

Demo (2002, p.141) apresenta uma boa definição do que seria o papel do professor nessa mediação da aprendizagem

Perscrutar as motivações do aluno, entender seus anseios, tocar as cordas corretas da emoção, provocar sem oprimir, admoestar sem imbecilizar, é fina arte, sensibilidade sutil, perspicácia a toda prova. Tem sempre a vantagem de evitar o tratamento unificado de pessoas tão diversificadas, provocando contextos mais flexíveis e alternativos de socialização.

b) O olhar das alunas

Através das entrevistas realizadas após a simulação, antes e depois das experiências clínicas reais, foi possível identificar o ponto de vista do aluno sobre a metodologia proposta.

A transmissão simultânea da simulação fez com que as alunas que estavam assistindo se projetassem na colega que estava na cena e de certa forma iniciassem uma observação reflexiva mesmo antes do *debriefing*.

Quanto ao uso de câmeras na simulação os alunos afirmaram não se importar, e disseram que isso não atrapalhou o envolvimento na simulação. A transmissão simultânea também foi algo que agradou os alunos e contribuiu para que a reflexão acontecesse durante toda a simulação e não só no momento do *debriefing*.

Depois que senta lá, que começa, que chama, você esquece que tem câmera. Eu pelo menos assim, achei muito legal que quando eu estava na outra sala assistindo, dava pra ver ao vivo, não era gravar lá, chegar lá e assistir, ao mesmo tempo a gente já ia assistindo a entrevista da outra e já ia pensando: “opa, podia ter perguntado isso, opa não podia ter feito aquilo”, sabe? (Elisa)

No entanto o *debriefing* foi considerado o momento mais importante para que os alunos pudessem tirar dúvidas e se autoavaliarem. O *feedback* imediato é essencial no processo de aprendizagem devendo destacar as potencialidades do aluno e instigá-lo

a perceber possibilidades de melhoria (BRAGA; SILVA, 2006; SASTRÍAS, 2012).

Eu achei muito boa, muito importante foi a hora até que a gente tirou mais dúvidas contigo, que as vezes as coisas que falava a gente estava meio assim será que é assim será que não é, acho que é uma parte bem importante também, para ficar debatendo até porque ficou algumas dúvidas durante a entrevista (Alice).

É que muitas vezes a gente não vê o que a gente esta fazendo de errado, então ali foi bom pra mostrar “ah nessa parte tu podia ter falado isso, tu podia ter falado outra coisa ou faltou falar alguma coisa” (Maria Catarina).

O único ponto frágil destacado pelas alunas com relação à fidelidade do cenário foi em relação à diferença de idade entre ator e personagem. É preciso que as características dos atores correspondam as do personagem, uma caracterização artificial compromete a autenticidade da experiência podendo interferir no envolvimento do aluno com o contexto (DUDLEY, 2012).

Eu acho que até pelo fato da idade do ator, por mais que ele tenha pintado o cabelo, mas a da menina de 19 anos, nova, meio cansada, meio perdida naquele processo, eu acho que o dela foi mais realista do que o dele, mas não pela atuação em si, eu acho que pelo físico mesmo, porque você sabe que o rapaz tem 20 anos e não tem 80, por exemplo. Mas mesmo assim eu acho que o desempenho dos dois foi muito bom, assim (Elisa).

Eu gostei bastante, o desempenho deles foi bem legal, eles deixaram transparecer bem, o que eles pareciam estar sentindo, eu achei bem legal da parte deles (Alice).

Na simulação nenhum aluno fez o exame físico ou registro de enfermagem sendo que esses conteúdos tinham sido trabalhados em sala de aula com os professores. Os alunos atribuem o fato a insuficiência de práticas prévias em laboratório e pouca clareza que ainda têm sobre

esses conteúdos. A prática de laboratório é uma etapa importante na formação em enfermagem, as habilidades técnicas como realização do exame físico precisam estar presentes quando o aluno se insere em um cenário de simulação clínica, pois esta é uma etapa que vai contextualizar esse conhecimento para que o aluno atinja outros níveis cognitivos (JANICAS; FERNANDES, 2012).

Mas foi muito simples, eu achei que faltou, que precisava ter sido melhor. Porque na terceira fase a gente teve alguma coisa, mas o nosso exame físico na terceira fase foi bem por cima, foi um pouco de ausculta... Palpação eu nem cheguei a fazer, eu sei lá, só mesmo sinais vitais, assim que a gente via na terceira, daí eu achei que na quarta ia ter uma aula que todo mundo ia poder fazer, todo mundo ia ter essa prática e não teve, eu acho que eu vou chegar lá (hospital) com medo... (Maria Catarina).

Bom, é que assim, as nossas aulas estão um pouco confusas, agora é que as coisas estão clareando na minha cabeça assim, porque pra consulta de enfermagem não foi falado que precisava de exame físico, só foi falado que precisava para o histórico de enfermagem, só que eu acredito que a consulta também faça parte de um histórico, só porque a gente não teve assim que a consulta precisava ter exame físico (Alice).

Depois de experienciar a prática clínica real mesmo não realizando efetivamente a consulta de enfermagem, porque só observaram, os alunos atribuíram à simulação o desenvolvimento de uma observação mais reflexiva do atendimento ao paciente diabético.

Esta habilidade de olhar para a vivência de forma reflexiva mobiliza para a busca de conhecimento e faz parte do ciclo da aprendizagem experiencial (KOLB, 1984).

Eu acho que como a gente não fez a prática, a gente só assistiu, não tem nem como dizer “ah foi isso, pra mim me ajudou muito na questão da prática”, mas questão de raciocínio, questão de observar algumas coisas, a hora que o paciente entrou de chinelo foi a primeira coisa que eu

olhei (risos) a unha dela estava comprida até não sei aonde... Então essas coisas que a gente já tinha discutido na simulação me apontou um pouco mais as coisas sabe. Ajudou bastante, porque a paciente entra e eu não fico prestando atenção só no que a enfermeira está falando, você já olha o pé, já olha a mão, você já olha o cabelo, você já olha tudo, o jeito que senta se prende muito, se o sapato é apertado, se o sapato é largo... neste sentido como a gente discutiu lá ajudou bastante esse olhar crítico, assim sabe. Algumas coisas que a enfermeira falava eu pensava: eu falaria isso também, já tinha pensado! Neste quesito sim acho que fez bastante bem (Elisa).

A forma de implementação efetiva da simulação clínica na disciplina é aprovada pelos alunos que sugerem que ela deva acontecer antes da inserção no campo de prática substituindo aulas expositivas pouco atrativas e preparando o aluno para o contexto real a ser vivido. As metodologias ativas precisam ser incorporadas pelos docentes que querem ver seus alunos não como receptores passivos de conhecimento, mas como protagonistas de seu processo de aprendizagem (FERNANDES et al, 2005).

Deu resultado, é importante fazer, acho que deveria ser aplicado mesmo, assim pelo menos no início do semestre antes dos estágios pra gente ter uma noção. Achei legal (Maria Catarina).

Eu acho que da mesma forma como uma parte prática. A gente teria uma parte teórica, uma simulação, e depois o campo de estágio (Alice).

Antes de a gente entrar pro estágio, porque a gente tem um mês mais ou menos de aula, eu acho que nesse um mês mais ou menos de aula, teve aula que pra mim dada ou não dada foi quase a mesma coisa, porque foram lá, leram o slide na minha frente e foram embora. Então acho que poderia ter, reservar um tempo, talvez uma semana mesmo no estágio, se organizar lá pra fazer uma simulação, porque por exemplo, teve gente que entrou no ambulatório às cegas (Elisa).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposição e implementação de uma aprendizagem experiencial por meio da simulação clínica, junto a alunos de graduação em enfermagem demonstrou ser um processo rico e adequado para a formação crítico-criativa e reflexiva desse profissional. Tal processo requer atender uma série de passos, que vão desde o planejamento até a ação propriamente dita e sua avaliação. Nesse sentido os passos da Pesquisa-Ação foram importantes para sua efetivação. Também porque a Pesquisa-Ação se propõe a transformar a realidade, não só dos participantes diretos do estudo, mas de todos os envolvidos no planejamento da ação. É um método de pesquisa que requer articulação e engajamento e, nesse sentido, se mostrou favorecedora da aprendizagem experiencial para todos os envolvidos, incluindo o pesquisador.

A simulação clínica é uma etapa importante na formação profissional que não substitui o contato real com o paciente, mas favorece um preparo por meio da experiência, visando à formação de qualidade e a segurança do paciente. A possibilidade de trabalhar com atores faz com que a simulação clínica, mesmo com poucos recursos tecnológicos, atinja uma alta fidelidade psicológica, contribuindo para a formação significativa. O medo de errar, mesmo em ambiente simulado é importante para manter a realidade da experiência. Se o aluno passa a encarar a simulação como uma brincadeira, a reflexão perde o sentido e o aprendizado não se ancora em uma experiência significativa.

A inserção de experiências de aprendizagem por simulação nas disciplinas curriculares dos cursos de graduação em enfermagem é uma estratégia eficiente para promover a aprendizagem experiencial. A simulação permite a integração teoria-prática e o desenvolvimento das competências necessárias à realização da consulta de enfermagem.

Elementos não contemplados na simulação podem ser trabalhados no momento de *debriefing* estimulando o desenvolvimento de habilidades de raciocínio clínico. Além disso, pela imprevisibilidade do contexto real, a simulação pode ser a única oportunidade de experiência ativa para o aluno antes da sua formação. Por isso é importante que os alunos tenham oportunidade de vivenciar experiências de simulação para que de forma progressiva possam aprimorar sua prática.

A aprendizagem experiencial por meio da simulação clínica é uma estratégia de metodologia ativa que desenvolve no aluno a curiosidade epistemológica. A busca pelo saber toma outro significado

que não a “decoreba” para prova, passando a fazer sentido na elucidação da dúvida para o aprimoramento do cuidado. Ela desperta o raciocínio crítico/criativo e promove a reflexão, contribuindo para o desenvolvimento integral do aluno ao longo da vida.

REFERÊNCIAS

AGUIRRE, A. M. A primeira experiência clínica do aluno: Ansiedades e fantasias presentes no atendimento e na supervisão. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 2, n. 1, p. 3-31, 2000. Disponível em: <<http://www.se-rj.com.br/IBMR/TEXTOS%20IBMR/Estagioaida2011sexta/APRIMEIRAEXPERIENCIA.pdf>>. Acesso em: 01 novembro 2013

AMAYA AFANADOR, A., Importancia y utilidad de las “Guías de simulación clínica” en los procesos de aprendizaje en Medicina y ciencias de la salud. **Univ. Méd. Bogotá**, Colômbia, v. 52, n. 3, p. 309-314, 2011.

AMPARO, Liliane Peixoto. Aprender fazendo: a interdisciplinaridade na formação em saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000500037&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 novembro 2013.

ARAÚJO, A. L. L. S.; QUILICI, A. P. O que é simulação e por que simular. In: _____. **Simulação Clínica: do conceito à aplicabilidade**. São Paulo: Editora Atheneu, 2012. p. 1-16.

BLAND, A. J.; TOPPING, A. WOOD, B. A concept analysis of simulation as a learning strategy in the education of undergraduate nursing students. **Nurse education today**, v. 31, n. 7, p. 664-6670, 2011. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691710001966>>. Acesso em: 01 novembro 2013.

BRAGA, E. M.; SILVA, M. J. P. Como acompanhar a progressão da competência comunicativa no aluno de Enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 40, n. 3, p. 329-35, 2006. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n3/v40n3a02.pdf>>. Acesso em: 01 novembro 2013.

BRASIL. **Lei 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 21 novembro 2013.

DEMO, P. **Complexidade e aprendizagem**: a dinâmica não linear do conhecimento. São Paulo: Atlas; 2002.

DUDLEY, Fiona. **The Simulated Patient Handbook: A Comprehensive Guide for Facilitators and Simulated Patients**. Radcliffe, 2012.

ESTEBAN, M. P. S. **Pesquisa Qualitativa em Educação**: Fundamentos e tradições. Tradutor: Miguel Cabrera. Porto Alegre: AMGH, 2010.

FERNANDES, J.D. et al. Diretrizes curriculares e estratégias para implantação de uma nova proposta pedagógica. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, 2005.

GONZÁLEZ GÓMEZ, J. M. et al. Nuevas metodologías en el entrenamiento de emergencias pediátricas: simulación médica aplicada a pediatría. In: **Anales de Pediatría**. Elsevier Doyma, 2008. p. 612-620.

JANICAS, R. C. S. V.; FERNANDES, M. G. O. Como treinar habilidades: modelos de guias e *checklist*. In _____. **Simulação Clínica**: do conceito à aplicabilidade. São Paulo: Editora Atheneu, 2012. p. 49-71.

KOLB, D. A. **Experiential learning**: Experience as the source of learning and development. New Jersey: Prentice-Hall. 1984.

KOZLOWSKI, S. W. J.; DESHON, R. P. A psychological fidelity approach to simulation-based training: Theory, research, and principles. **Scaled worlds: Development, validation, and applications**, p. 75-99, 2004.

MASSIAS, L. A.; SHIMER, C. A. Clinical simulations: Let's get real!. **Teaching and Learning in Nursing**, v. 2, n. 4, p. 105-108, 2007. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S155730870700039X>> . Acesso em: 01 novembro 2013.

MERCADO, L. P. L. Formação docente e novas tecnologias. In: _____. **Novas tecnologias na educação: reflexão sobre a prática**. Maceió: Edufal, 2002. p. 11-28.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2012.

QUILICI, A. P.; ABRAÃO, K. C. Conceitos importantes na criação de cenários: da construção à aplicabilidade. In: _____. **Simulação Clínica: do conceito à aplicabilidade**. São Paulo: Editora Atheneu, 2012. p. 77-82.

RIO DE JANEIRO. Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Coordenação de Saúde da Família. **Protocolos de Enfermagem na atenção primária à saúde** / Prefeitura, Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, Subsecretaria Geral Rio de Janeiro: Prefeitura

SASTRÍAS, J. M. F. *Debriefing*. In: _____. **Simulação Clínica: do conceito à aplicabilidade**. São Paulo: Editora Atheneu, 2012. p. 83-92.

SAUPE, R.; HERR, L. Método de Assistência de Enfermagem. Florianópolis: UFSC; 1984.

SILVA, L. M.; BRIZOLLA, F.; SILVA, L. E. Projeto pedagógico do curso de licenciatura em Ciências da UFPR Litoral: desafios e possibilidades para uma formação emancipatória. **Rev. Bras. Estud. Pedagog.**, Brasília, v. 94, n. 237, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-

66812013000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 novembro 2013.

TRONCON, L. E. A. Utilização de pacientes simulados no ensino e na avaliação de habilidades clínicas. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 40, n. 2, 2007.

5.2: A PEDAGOGIA POR TRÁS DA EXPERIÊNCIA CLÍNICA SIMULADA: UMA PERCEPÇÃO DE DISCENTES DE ENFERMAGEM - MANUSCRITO 3

RESUMO

Simulação Clínica é um método de ensino que vem ganhando destaque nos cursos na área da saúde. Na enfermagem é crescente a adesão com utilização de diferentes simuladores, dentre eles os Pacientes Simulados que são pessoas que interpretam o papel de pacientes. **Objetivo:** Analisar a percepção de estudantes de enfermagem quanto à vivência da Simulação Clínica com participação de atores sob a ótica de Kolb. **Método:** Pesquisa-Ação desenvolvida junto ao curso de graduação em enfermagem de uma universidade pública brasileira. Um cenário clínico com participação de estudantes do curso de Artes Cênicas foi criado para o ensino prático da consulta de enfermagem. Os participantes foram 3 estudantes de enfermagem que voluntariamente aceitaram colaborar com a pesquisa. A simulação foi realizada em maio de 2013, os dados foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas e organizados segundo a proposta operativa para análise de dados qualitativos de Minayo, na perspectiva teórica da Aprendizagem Experiencial de Kolb. **Resultado:** Os alunos perceberam a simulação clínica como uma vivência autêntica que gera medo e ansiedade seguida de satisfação e alívio. A possibilidade de interagir com atores que representam comportamentos semelhantes aos pacientes verdadeiros, incluindo as emoções, proporcionou maior realismo e envolvimento com o contexto criado. Os participantes consideraram que o método favoreceu o desenvolvimento do raciocínio crítico, promovendo a autoavaliação e a aprendizagem experiencial. **Conclusão:** O ensino com Paciente Simulado tem grande potencial para o desenvolvimento de competências de pensamento crítico reflexivo quando utilizado sob uma teoria pedagógica construtivista. A oportunidade de trabalhar com atores fez com que a Simulação Clínica, mesmo com pouco recurso

tecnológico, atingisse uma alta fidelidade psicológica, contribuindo para a formação significativa. A Simulação Clínica é uma etapa importante na formação profissional que não substitui o contato real com o paciente, mas favorece um preparo importante através da experiência, visando à formação de qualidade e a segurança do paciente.

Descritores: Simulação. Simulação de Paciente. Pesquisa Educacional em Enfermagem. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A simulação Clínica é um método de ensino que vem ganhando destaque e adesão nos cursos na área da saúde, seja pela forma ativa que envolve os estudantes, contribuindo para uma aprendizagem mais crítica e reflexiva, seja por sua versatilidade na criação de contextos clínicos autênticos, poupando os pacientes reais da exposição desnecessária para uma prática de ensino, favorecendo sua segurança (TRONCON, 2007).

O cenário simulado é um ambiente que reproduz fielmente o contexto a ser trabalhado, pode contar com os Simuladores de Paciente Humano, que são os manequins de baixa, média ou alta tecnologia; com os Pacientes Simulados, que são pessoas treinadas para interpretar os pacientes ou com os Simuladores Híbridos, que é uma junção dos dois recursos (ARAÚJO; QUILICI, 2012).

A simulação clínica para o aluno está dividida em três momentos: preparação prévia, ação e reflexão. A preparação prévia está relacionada ao conteúdo teórico e procedimental e de conhecimento do simulador, que subsidiará a conduta clínica; a ação é a realização do atendimento propriamente dito e a reflexão é o momento, também denominado de *debriefing*², em que o professor direciona a discussão a fim de estimular nos alunos a autoavaliação através de perguntas que provoquem o raciocínio crítico. Pode-se utilizar o recurso de transmissão simultânea ou espelho unidirecional para que os demais alunos e o professor possam acompanhar o desenvolvimento da cena. Quando gravadas, as cenas podem ser utilizadas para que o aluno possa se “ver em ação” e assim refletir de forma muito mais significativa sobre os aspectos positivos e negativos da sua vivência (ARAÚJO; QUILICI, 2012).

² *Debriefing* é um termo sem tradução para o português que faz referência ao momento após a simulação onde se faz a análise e reflexão sobre o que foi vivido (SASTRÍAS, 2012).

O uso de simuladores no ensino já é algo comum na enfermagem. No Brasil, possuir laboratório devidamente equipado é um item obrigatório para o credenciamento da instituição que pretende oferecer o curso (BRASIL, 2005). No entanto, não basta ter um laboratório equipado se não há uma compreensão da simulação como

[...] um processo dinâmico que envolve a criação de uma oportunidade hipotética que incorpora uma representação autêntica da realidade, facilitando a participação ativa do aluno e integrando as complexidades do aprendizado prático e teórico com oportunidades para a repetição, *feedback*, avaliação e reflexão (BLAND; TOPPING; WOOD, 2011).

Neste sentido, a simulação deve estar guiada pela pedagogia e não pela tecnologia (ROBERTS; GREENE, 2011), visto que o uso de tecnologias avançadas no ensino por si só não garantem a melhoria da aprendizagem, pois se o princípio pedagógico permanecer tradicional, mesmo que mais atrativo, continuará detendo o controle do processo, servindo para a reprodução de saberes em detrimento da construção conceitual por meio da interpretação (CATAPAN; FIALHO; FRANCISCO, 2003).

A simulação clínica pode ser um método para promover a aprendizagem experiencial, que segundo Kolb (1984, p.38) consiste no “processo por onde o conhecimento é criado através da transformação da experiência”. A aprendizagem experiencial valoriza como conhecimento útil para o desenvolvimento, aquele que pode ser confrontado, comparado, ampliado, revisado e refletido junto ao conhecimento teórico e não somente a vivência pela vivência. Kolb também defende a existência de padrões individuais de aprendizagem que denominou Estilos de Aprendizagem. Para o autor cada indivíduo tem uma forma particular de aprender, influenciada por determinadas características. Esses estilos estão baseados em 4 estágios da aprendizagem comuns a todas as pessoas: experiência concreta (sentir); observação reflexiva (observar); conceituação abstrata (pensar) e experimentação ativa (fazer).

Sabemos que para o aluno adquirir proficiência em habilidades clínicas, como exame físico e comunicação, é importante que ele possa ter contato com pessoas, e de forma reiterada exercitar essas habilidades (TRONCON, 2007). Os pacientes reais seriam a melhor alternativa para esse exercício do ponto de vista da fidelidade, no entanto do ponto de

vista ético e pedagógico não são indicados, pois a tensão psicológica associada à insegurança do estudante aprendiz pode levar a práticas não seguras (SANTOS; RADÜNZ, 2011). Para garantir a segurança aos pacientes, os professores, algumas vezes, precisam intervir no cuidado, o que limita as possibilidades dos alunos aprenderem com seus erros ou refletirem sobre as medidas que devem ser tomadas caso aconteçam. Neste contexto, a utilização do Paciente Simulado se configura como uma alternativa eficiente, pois qualquer conduta equivocada pode ser posteriormente discutida, dando a oportunidade de este aluno refletir sobre o assunto e repetir a cena até atingir a proficiência sem causar dano real. Além disso, não precisarão ser expostos a situações que ainda não estão preparados para lidar, pois as cenas são criadas de acordo com o nível de formação discente, o que nem sempre pode ser previsto na prática real. Seu uso tem sido indicado para se trabalhar questões que envolvem a comunicação, a emoção, a interação com familiar e equipe, a realização de exame físico etc.

O Paciente Simulado pode ser um ator profissional, um paciente treinado ou qualquer outra pessoa que se disponha a interpretar (TRONCON, 2007; DUDLEY, 2012).

Neste sentido, o objetivo deste estudo foi analisar a percepção de estudantes de enfermagem quanto à vivência da Simulação Clínica com participação de atores, a luz da Teoria da Aprendizagem Experiencial de David Kolb.

METODOLOGIA

Trata-se de uma Pesquisa-Ação caracterizada fundamentalmente por seu caráter cíclico, sua flexibilidade e interatividade (ESTEBAN, 2010), desenvolvida junto a uma disciplina do Curso de Graduação em Enfermagem de uma universidade do sul do Brasil. A proposta de simulação clínica foi apresentada aos professores e a articulação com os mesmos subsidiou a construção de casos clínicos referentes à consulta de enfermagem ambulatorial ao paciente diabético adulto. Aderindo aos objetivos da disciplina foram simulados 3 casos clínicos: paciente jovem recém diagnosticado com diabetes tipo 1, paciente idoso com diabetes tipo 2 há 15 anos apresentando sinais de complicação, paciente jovem em uso de insulina apresentando situações de hipoglicemia. Os casos foram validados por duas professoras e por uma enfermeira com experiência no atendimento ambulatorial em diabetes.

Para a representação dos pacientes foram convidados dois alunos do Curso de Artes Cênicas da respectiva universidade. Os alunos receberam os roteiros validados e a cena foi ensaiada para elucidação de possíveis dúvidas.

O cenário foi montado nas dependências do ambulatório do Hospital Universitário no período noturno. Foram necessárias 3 salas: 1 para realização da consulta simulada, 1 para acompanhamento pelos demais alunos da transmissão simultânea das cenas e *debriefing*, 1 para suporte aos atores. As três simulações e seus respectivos *debriefing* foram realizadas num período de 2 horas e 17 minutos. Para transmissão simultânea utilizaram-se dois notebooks conectados a um software de vídeo-chamada e uma *web cam*, e para gravação foi utilizado uma câmera filmadora.

Todos os alunos (22) matriculados no primeiro semestre do ano de 2013 na disciplina foram convidados a participar. Os critérios de inclusão eram estar devidamente matriculado na disciplina e ter disponibilidade e interesse em participar das sessões simuladas no período noturno. Atenderem a estes critérios 5 estudantes, dos quais 3 compareceram no dia da simulação. Após participarem das sessões simuladas, os estudantes foram convidados a responder a duas entrevistas semi-estruturadas.

A disciplina é organizada em blocos que intercalam teoria e prática. A simulação aconteceu em maio de 2013, após o bloco teórico sobre Consulta de Enfermagem e Cuidados de enfermagem ao paciente com Diabetes, e antes do início das atividades teórico-práticas no Hospital. Neste contexto, as entrevistas aconteceram em dois momentos: uma na semana seguinte a simulação, antes da inserção do estudante no campo de prática, que tinha como questão norteadora: “Como foi participar de uma simulação clínica com atores?” e a outra após o término das atividades práticas no hospital com a seguinte questão norteadora: “Como a simulação interferiu no seu processo de aprendizagem? As entrevistas foram gravadas, transcritas e identificadas pelo nome fictício que cada participante escolheu para si, garantindo assim o anonimato.

Na análise seguiu-se a proposta operativa para análise de dados qualitativos nas suas 3 fases: a pré-análise em que os dados foram analisados e descritos; a exploração do material, cujos dados descritos foram codificados e organizados em categorias representativas; e tratamento e interpretação, em que foram feitas algumas inferências sobre os dados (MINAYO, 2012).

Os resultados apontaram as seguintes categorias: (1). A simulação clínica com Paciente Simulado é uma vivência autêntica que gera medo e ansiedade seguida de satisfação e alívio; (2) A simulação clínica com Paciente Simulado favorece o desenvolvimento do raciocínio crítico, promovendo a autoavaliação e (3) A simulação clínica com Paciente Simulado promove a aprendizagem experiencial.

O projeto foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade sob Parecer 270.849/2013. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A simulação clínica com Paciente Simulado é uma vivência autêntica que gera medo e ansiedade seguida de satisfação e alívio.

A simulação despertou nos alunos, inicialmente, sentimentos como ansiedade e medo, semelhantes ao que ocorre no primeiro dia de contato real com o paciente. No entanto, com o decorrer da cena os alunos foram se sentindo mais confortáveis e tranquilos.

No começo foi assim com bastante ansiedade, estava bem nervosa pra fazer, com medo do que poderia acontecer, mas daí depois que a gente já estava ali há algum tempo, já tinha se ambientado, foi tranquilo, mas foi bem legal, gostei bastante de ter feito. (Alice)

Então, ao mesmo tempo em que dá muito medo antes, ansiedade na hora, depois dá um alívio, uma superação, poxa, legal, eu consegui, eu superei. (Elisa)

O principal medo era o de não saber o que dizer ao paciente ou de ficar constrangido por se sentir “atuando”, no entanto, o preparo e concentração dos atores contribuíram para que este medo diminuísse.

Teve uma hora que eu fiquei bem nervosa, mas acho que pelo fato de chegar lá e não saber responder nada, mas acho que foi tranquilo, foi legal estar com pessoas que você não conhece e levar eles mais a sério, o fato de ter sido ator, saber que eles estão interpretando um papel e que eles não vão ficar rindo como se fosse eu lá

representando outro paciente, sabe? Achei que foi uma experiência boa. (Elisa)

A princípio eu achei que ia ser difícil, que eu ia dar risada porque eu me sinto simulando também, no caso, como se eu tivesse fazendo um papel de ator. Mas quando eu chamei, ela veio interpretando mesmo e quase chorou, então foi bem tranquilo, ela transmitiu aquilo que eu acredito que o paciente ia transmitir pra mim e eu consegui passar pra ela de uma forma natural, assim como me sentindo mesmo enfermeira, acadêmica, no caso, de enfermagem (Maria Catarina)

As alunas encararam a simulação clínica como uma consulta real. O fato de saberem que se tratava de atores no papel de pacientes não interferiu na maneira como vivenciaram a experiência.

Eu entrei muito na história assim, não que eu me senti simulando, mas eu senti como se ele fosse realmente o meu paciente e fosse a hora de eu atender o meu paciente de verdade e eu tivesse que botar em prática aquilo que eu sabia. Pelo menos de minha parte foi assim. (Maria Catarina)

Eu acho que isso acaba vindo da mesma forma, porque mesmo que você faça simulação, a gente faz pensando que poderia ser com alguém de verdade, então acho que o que eu sentiria com o paciente de verdade, eu senti um pouco mesmo sendo atores. (Alice)

A experiência da simulação foi vista como uma forma de situar o aluno no contexto que ele iria encontrar na prática real.

Não tinha noção de como é que era o enfermeiro numa consulta de enfermagem, pelo menos eu acho que na minha vida eu nunca, nunca fui numa consulta de enfermagem, então foi o primeiro contato, na verdade, que eu tive ali de verdade, mas aí no caso eu sendo a enfermeira e não o paciente. (Maria Catarina)

Por mais que foram atores, tu montou um roteiro em cima do que mais ou menos os pacientes perguntam, e a gente não vai as cegas, por mais que a gente saiba que vai ser uma pessoa que realmente vai estar doente e essas coisas, eu vou chegar lá eu já vou ter uma ideia de como é esse processo. (Elisa)

A simulação permitiu que as alunas percebessem o quanto sabiam sobre o conteúdo, o medo inicial foi diminuindo à medida que se familiarizavam com o contexto criado.

Eu pensei que não ia conseguir fazer isso antes sabe, daí vendo ali na hora tu sabe mesmo, tu sabe como fazer, tu já tens o conhecimento prévio para isso, os professores já te passaram aquilo que tu precisas pra fazer isso, então, antes tu não tinha ideia do que o enfermeiro podia fazer na consulta de enfermagem, tipo chegava lá, eu que chamava? Da onde que o paciente surgia? Ele “brotava” de algum lugar? Foi bem interessante... (Maria Catarina)

Ao concluírem os atendimentos simulados, mesmo cientes das dificuldades que tiveram, as alunas manifestaram satisfação por terem conseguido realizar a consulta, considerando que a experiência proporciona mais segurança para atuar no contexto real.

Ao mesmo tempo, depois que sai assim, por mais que saiba que a entrevista não foi perfeita, dá um sentimento de alívio, de satisfação. Poxa eu consegui responder algumas coisas, acho que não fui tão ruim assim (Elisa).

A simulação clínica com Paciente Simulado favorece o desenvolvimento do raciocínio crítico, promovendo a autoavaliação.

Poder discutir a sua própria atuação na consulta ao rever trechos do vídeo no *debriefing* fez com que as alunas refletissem criticamente sobre suas condutas, bem como planejassem formas de melhorar e identificar assuntos que necessitam de maior aprofundamento teórico.

Depois que a gente se vê, eu pensei até, eu podia ter perguntado isso aqui, eu podia ter olhado um pouquinho melhor o pé dele, eu podia ter pensado no calçado fechado que ele não estava usando... Então depois que a gente vê o vídeo é que a gente começa... O mesmo processo de eu ver uma colega fazendo uma entrevista, “opa ela podia ter perguntado isso daqui...” Então, acho que foi o mesmo processo, eu vi o que eu errei, o que faltou, o que não faltou... o que foi legal, o que não foi. Eu achei legal. (Elisa)

Acompanhar os colegas realizando a consulta simulada através da transmissão simultânea, também foi uma experiência de aprendizado e reflexão.

Eu observava coisas que eu também tinha feito que vendo outra pessoa fazer da pra perceber que foi errado ou que poderia ter sido de outro jeito. É... às vezes a forma de falar, o nervosismo mesmo, vendo outra pessoa fazer a gente entende que a gente faz igual mas deveria ser diferente... (Maria Catarina)

Eu pelo menos assim, achei muito legal que quando eu estava na outra sala assistindo, dava pra ver ao vivo, não era gravar lá, chegar lá e assistir; ao mesmo tempo a gente já ia assistindo a entrevista da outra e já ia pensando: opa, podia ter perguntado isso, opa não podia ter feito aquilo, sabe? (Elisa)

Participar da simulação fez com que as alunas compreendessem a importância de uma educação significativa que contraria o modelo fragmentado que nossas escolas ainda reproduzem.

Eu acho que na verdade, a gente como estudante vê muita coisa desde a primeira fase, e a gente aprende, faz a prova e deixa. Na hora que a gente está ali, que está pensando, a gente começa a ter um raciocínio de tudo que a gente já viu, então eu acho que despertou esse raciocínio de “diabetes não é só isso”, diabetes envolve isso, envolve aquilo, envolve esse hábito, envolve aquele, sabe?

Acho que mais o raciocínio lógico do que a gente já tinha visto... (Elisa)

Mesmo depois da simulação as alunas continuaram refletindo sobre a vivência, fizeram uma análise crítica de sua atuação e apontaram as fragilidades e as alternativas de melhoria para um cuidado mais eficiente.

Uma coisa que eu deveria ter feito é que na hora, por exemplo, eu só lembrei uma das complicações que foi o pé diabético, e tem centenas de complicações do diabetes, (...) então eu poderia ter buscado as outras pelo menos pra relembrar que na hora que pegar um paciente de verdade que apresentar uma outra complicação,... da onde vem isso aí sabe, eu não consigo lembrar de todas... (Maria Catarina)

Depois eu pensei: meu, eu poderia ter pesado ela, poderia ter feito um exame físico pelo menos o simples ali, visto a pressão, tudo, e também pra fazer um histórico, pra fazer um registro dos dados, porque ela ia voltar depois de uma semana [...] e o que eu ia fazer naquela semana depois? Eu não ia ter tido o histórico de quando ela fez, de quando ela veio fazer essa primeira consulta, eu acho que faltou... Mas na hora eu não fiz por medo de fazer um exame físico assim... (Maria Catarina)

A simulação clínica com Paciente Simulado promove a aprendizagem experiencial.

Após vivenciarem a atividade prática da disciplina e acompanhado consultas reais, as alunas relataram que a experiência prévia de simulação auxiliou na compreensão da dinâmica das consultas, que elas se sentiram mais seguras e confiantes em relação aos demais colegas (aqueles que não participaram da simulação). Afirmaram que mesmo não realizando efetivamente uma consulta ao longo das atividades teórico-práticas da disciplina, porque apenas observaram, tiveram um olhar diferenciado sobre cada caso e puderam inclusive tirar as dúvidas dos colegas.

As meninas que não tinham acompanhado não sabiam ainda o que era a entrevista de enfermagem, a consulta de enfermagem, elas ficavam meio assim tipo “ah, por que ela (enfermeira) perguntou isso e não perguntou aquilo? Daí eu falava: “não, porque não é esse o objetivo da entrevista, já era um paciente que estava fazendo acompanhamento e tudo mais, não precisa dar todo o suporte assim do diabetes numa coisa que a pessoa já sabe, já tem conhecimento”. Então eu acho bem interessante porque realmente fez diferença (Maria Catarina).

Os “erros” cometidos durante a simulação que foram posteriormente identificados pelos alunos e discutidos em grupo no *debriefing*, ressurgiram na segunda entrevista como algo que as alunas ficaram atentas na atividade real e que não deixaram passar.

Acho que pude observar um pouquinho melhor os detalhes da consulta. A questão do pé, do chinelo, que aquele dia (simulação) o paciente que eu consultei foi de chinelo. Eu tive a oportunidade de pegar uma paciente que só usava chinelo, eu pude observar um pouquinho mais algumas coisas (Elisa).

Os atores conseguiram simular sentimentos comuns dos pacientes diagnosticados com doença crônica e despertaram nas alunas a sensibilidade para este aspecto durante a consulta real.

Eu lembrei da questão do emocional do paciente. Teve uma paciente que tinha recém descoberto o diabetes, também não entendia muito o que era a doença, ela começou a ficar desesperada assim, a fazer perguntas... e eu lembrei da atriz que quase começou a chorar na minha frente e achei bem interessante (Maria Catarina).

As alunas acreditam que a incorporação do método da simulação com atores no currículo de enfermagem pode contribuir para uma aprendizagem mais efetiva de habilidades técnicas e comportamentais.

A gente meio que tem, uma simulação, mas é com bonecos, então se tivesse um paciente, uma pessoa de verdade seria legal, porque ela te responde: “ai estou sentindo isso”. Tudo bem que não dá pra fazer procedimentos invasivos, porque seria um absurdo... mas seria... eu acho que seria interessante a partir da quarta fase principalmente por essa questão da visita domiciliar, do exame físico e da consulta de enfermagem (Maria Catarina).

A gente acaba fazendo entrevista, fica fazendo histórico, SOAP, então a gente tem que aprender a ouvir, tem que aprender a conversar, como lidar com esse paciente? Eu acho que fazer isso com o ser humano é muito diferente de fazer com um boneco, então por mais que seja algo técnico, eu acho que fazer com o boneco a gente até consegue aprender bastante, mas para aprender a ouvir e a falar tem que ser com o ser humano, não tem como ser com outro tipo de instrumento (Alice).

Participar de uma simulação clínica despertou nas alunas reflexões sobre o processo de ensino-aprendizagem, elas acreditam que vivenciar o atendimento ao paciente mesmo que simulado, faz com que diminua a dicotomia entre teoria e prática, facilitando a compreensão do cuidado.

A gente estuda, mas não imaginando como uma pessoa vai se comportar tendo aquilo eu acho, por exemplo, pra diabetes, a hipoglicemia, mal estar, essas coisas... a gente só estuda em tópicos, quando vem uma pessoa ela não fala “estou com mal estar”, ela fala “eu me sinto cansada, ou andando eu me sinto um pouco mal”, a gente estuda meio que por tópicos e uma pessoa te falando tu tem que tentar entender aquilo no dia a dia dela. Eu acho que isso é o mais diferente (Alice).

E eu acho que a parte da aula é isso, é essa estrutura da consulta que a gente vê em sala, saber o que perguntar, saber o que relativamente olhar, e quando a gente chega na prática ali, daí já vai envolver tudo, vai ver como o paciente está se

sentindo, ele vai dar expressões pra gente, expressões faciais, as vezes vai chorar daí a gente vai ter todo esse sentimento dele junto, eu acho que o teórico fica só nessa parte ali que não é tão palpável quanto essa” (Maria Catarina).

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A prática pedagógica estrutura-se a partir de elementos sociais, culturais, teóricos e acompanha seu tempo histórico, construindo-se e reconstruindo-se em cada época e tempo. Atualmente, pensar pedagogicamente, em especial, no ensino da enfermagem, presume ações complexas que extrapolam o fazer conteudista, mas assume conotação integrativa entre os elementos que constituem a dinâmica do ensino-aprendizagem.

Para Kolb (1984) a aprendizagem é um processo contínuo fundado na experiência; o conhecimento não se limita ao conteúdo que está nos livros, mas a relação que se estabelece entre este e a prática, a reflexão que se faz sobre cada ação que permite aperfeiçoar o fazer. A simulação clínica é uma destas possibilidades pedagógicas de aprender a partir da experiência, de modo a despertar no estudante o desejo de saber, de aprender e de refletir sobre sua própria trajetória de aprendizagem. Ao permitir ao aluno vivenciar os quatro estágios da aprendizagem propostos por Kolb (1984), por garantir uma experiência próxima do real, a simulação clínica provocou o protagonismo do estudante, gerando insegurança e medo, mas também, satisfação e alívio.

Os sentimentos descritos pelos estudantes se aproximam do que Ogg e Paganini (2008) relataram ao verificar que o primeiro contato de estudantes de enfermagem com contextos clínicos geravam sentimentos de medo e ansiedade. O estudante ao entrar em contato com o “novo” tende a apresentar medo, mas é justamente esse “novo” que transforma esse momento de aprendizagem em algo inevitável e essencial que é a experiência (CAMACHO; SANTOS, 2001).

A satisfação sentida após participação de uma simulação clínica pode estar relacionada ao desvelamento do desconhecido. Os alunos ao se familiarizarem com o contexto clínico proposto identificam suas fragilidades, mas também suas potencialidades e ao reconhecerem que “sabem” tendem a tranquilizar-se. No entanto, a simulação não é somente uma estratégia para aproximação de alunos inexperientes aos cenários clínicos. Um estudo realizado em Cingapura, com 10

profissionais de um curso de especialização, com anos de experiência clínica, média de 7,8 anos, também mostrou a efetividade do processo de aprendizagem por simulação. Os participantes atribuíram grande importância para o *debriefing* e para a fidelidade do cenário e consideraram que a simulação permitiu maior articulação entre teoria e prática (IGNACIO, 2012).

No *debriefing*, o aluno é estimulado a refletir e integrar o conhecimento. Desta forma a simulação clínica favorece o desenvolvimento do raciocínio crítico, promovendo a autoavaliação. Essa autoavaliação que o discente faz sobre o que sabe e o que precisa saber, após uma simulação clínica é o início de um processo de avaliação formativa estimulado pelo método da simulação. A formação construtivista entende a avaliação formativa como aquela que acompanha e busca compreender de forma integral cada etapa da construção das habilidades desejadas, deve envolver aluno e professor numa relação dialógica contínua (BRAGA; SILVA, 2006).

A simulação clínica promove a aprendizagem experiencial, que segundo Kolb (1984) é um processo contínuo fundado na experiência. Na aprendizagem experiencial o aprender é um constante reaprender, pois, não sendo “páginas em branco” cada indivíduo ancora o novo conhecimento a um saber prévio de forma a integrá-lo ou substituí-lo. A aprendizagem experiencial mediada pela simulação promove uma aprendizagem significativa, que Ausubel (2002) define como aquela em que o novo conhecimento se ancora em outros conceitos relevantes existentes na estrutura cognitiva. O aluno ao adentrar num contexto simulado faz uso dos conhecimentos teóricos trabalhados em sala de aula para elucidar problemas “reais”, põem em prática conhecimentos procedimentais, relacionais e emocionais e ao estimular caminhos cerebrais que não se limitam aos ligados á memória, envolve-se efetivamente com o aprendizado, ressignificando e se apropriando deste saber (AUSUBEL, 2002; PEREIRA et al, 2013).

Ao propor um contexto autêntico, a simulação rompe com a educação fragmentada em que os conhecimentos separados em disciplinas perdem o sentido não instigando no aluno o desejo pelo aprender. Só aprende quem tem curiosidade e só tem curiosidade quem vê utilidade no assunto, neste sentido uma aula de anatomia pode ser apenas um pré-requisito na formação do enfermeiro, em que o aluno se vê obrigado a decorar uma imensidão de nomes de ossos e músculos, ou pode ser uma forma de compreender a escolha do local mais adequado para medicação intramuscular ou as regiões mais predispostas a desenvolver úlceras por pressão, por exemplo. Ou seja, é preciso que

haja uma interligação entre as disciplinas para que o aprendizado seja significativo para que se desenvolva o raciocínio crítico.

Neste sentido a simulação se mostrou um método capaz de propiciar a aprendizagem experiencial, isto porque ao recriar um cenário, provoca no estudante o que Freire (2003) denomina curiosidade epistemológica, que significa aproximar a experiência ao contexto teórico transformando-a.

O estudante que passa pela experiência clínica simulada certamente prestará um cuidado ao paciente real com mais segurança em um nível de desenvolvimento mais avançado, já que o aprendizado se dá em três níveis hierárquicos de desenvolvimento: aquisitivo, especializado e integrado. O nível aquisitivo está relacionado aos novos conhecimentos que envolvem habilidades básicas e simbolização, neste nível o aprendiz está com foco na identificação, reconhecimento e registro dos objetos envolvidos na ação. O nível especializado está relacionado aos significados dados a ação, que são influenciados por características pessoais e demandas ambientais. O nível integrado é o mais complexo do desenvolvimento, pois envolve a capacidade de reconhecer as próprias competências e necessidade de novas mudanças (KOLB, 1984).

A simulação permite que o aluno desenvolva os três níveis de consciência, pois em uma mesma experiência ele encontra complexidades distintas de aprendizado. Ele pode estar no nível aquisitivo em diversos momentos da simulação, mas ao ser instigado a refletir durante o *debriefing* pode desenvolver a consciência especializada e integrada que proporcionará maior qualidade no cuidado prestado, uma postura mais crítica e criativa na sua formação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A percepção de estudantes de enfermagem quanto à vivência da Simulação Clínica com participação de atores, a luz da Teoria da Aprendizagem Experiencial de Kolb, demonstrou que o ensino com Paciente Simulado tem grande potencial para o desenvolvimento de competências de pensamento crítico-reflexivo quando utilizado sob uma teoria pedagógica construtivista.

A experiência da simulação clínica representou para as estudantes uma vivência autêntica que promoveu a reflexão, a interação e a aprendizagem, onde estão envolvidos aspectos objetivos relativos às orientações de enfermagem dispensadas aos pacientes bem como a

subjetividade que este momento de encontro proporcionou a todos, transformando a angústia inicial em satisfação.

O processo reflexivo da simulação promoveu nas estudantes o aprofundamento de seu próprio processo de conhecer e aprender, como possibilidade para seu crescimento pessoal e profissional. Ao reverem suas ações, refletiram sobre lacunas do conhecimento que ainda podem ser resgatadas.

Vivenciar uma ação de enfermagem em um ambiente simulado permitiu as alunas refletir sobre sua prática e suas atitudes diante do contexto real. A experiência promovida por este tipo de aprendizagem ampliou o olhar das alunas para o contexto e permitiu a partir da reflexão uma aprendizagem significativa, que não ocorre simplesmente pela presença no contexto, mas pela autorreflexão sobre este, significando-o.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A. L. L. S.; QUILICI, A. P. O que é simulação e por que simular. In: _____. **Simulação Clínica: do conceito à aplicabilidade**. São Paulo: Editora Atheneu, 2012. p. 1-16.

AUSUBEL, D. P. **Adquisición y retención Del conocimiento: una perspectiva cognitiva**. Barcelona: Paidós, 2002.

BLAND, A. J.; TOPPING, A. WOOD, B. A concept analysis of simulation as a learning strategy in the education of undergraduate nursing students. **Nurse education today**, v. 31, n. 7, p. 664-6670, 2011. Disponível em:
<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691710001966>> . Acesso em: 01 novembro 2013.

BORDENAVE, J.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino aprendizagem**. 4.ed. Petrópolis: Vozes, 1982.

BRAGA, E. M.; SILVA, M. J. P. Como acompanhar a progressão da competência comunicativa no aluno de Enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 40, n. 3, p. 329-35, 2006. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n3/v40n3a02.pdf>>. Acesso em: 01 novembro 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde – CNS. **Resolução nº 350, de 09 de junho de 2005**, Brasília, 2005.

CAMACHO, A. C. L. F.; SANTOS, F. H. do E. Refletindo sobre o cuidar e o ensinar na enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 13-7, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n1/11525.pdf>> . Acesso em: 01 novembro 2013.

CATAPAN, A.; FIALHO, F. A. P. Pedagogia e tecnologia: a comunicação digital no processo pedagógico. **Educação**. Porto Alegre: PUC/RS, 2003.

DUDLEY, Fiona. **The Simulated Patient Handbook: A Comprehensive Guide for Facilitators and Simulated Patients**. Radcliffe, 2012.

ESTEBAN, M. P. S. **Pesquisa Qualitativa em Educação: Fundamentos e tradições**. Tradutor: Miguel Cabrera. Porto Alegre: AMGH, 2010.

FREIRE, P. **À Sombra desta Mangueira**, 5ª edição. São Paulo: 2003

IGNACIO, J. J. Evaluation of simulation learning for clinically-experienced nurses. **Singapore Nursing Journal**. Singapore, v.39, n.1, 2012.

KOLB, D. A. **Experiential learning: Experience as the source of learning and development**. New Jersey: Prentice-Hall. 1984.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2012.

OGG, C. J. S.; PAGANINI, M. C. Ensino Clínico: Significado para o acadêmico de enfermagem. **Boletim de Enfermagem**, Curitiba, v. 2, 2008. Disponível em: <www.utp/enfermagem/boletim_3_ano2_vol2/pdf/art3_ensinoclinico.pdf> Acesso em: 31 outubro 2013.

PEREIRA, W. R. *et al.* Competências emocionais no processo de ensinar e aprender em enfermagem na perspectiva das neurociências.

Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 21, n. 3, p. 1-7, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/pt_0104-1169-rlae-21-03-0663.pdf>. Acesso em: 01 novembro 2013.

ROBERTS, D; GREENE, Leah. The theatre of high-fidelity simulation education. **Nurse Education Today**, v. 31, n. 7, p. 694-698, 2011.

SANTOS, V. E. P. S.; RADÜNZ, V. O estresse de acadêmicas de enfermagem e a segurança do paciente. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, 2011. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n4/v19n4a19.pdf> . Acesso em: 31 outubro 2013.

SASTRÍAS, J. M. F. *Debriefing*. In: _____. **Simulação Clínica: do conceito à aplicabilidade**. São Paulo: Editora Atheneu, 2012. p. 83-92.

SAUPE, R.; HERR, L. Método de Assistência de Enfermagem. Florianópolis: UFSC; 1984.

TRONCON, L. E. A. Utilização de pacientes simulados no ensino e na avaliação de habilidades clínicas. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 40, n. 2, 2007.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar esta dissertação, estou certa de que o estudo não se encerrou. A Pesquisa-Ação é um ciclo em espiral permanente que nos guia na busca da melhoria de nossas ações ao mesmo tempo em que nos provoca uma aprendizagem experiencial que agrega saberes àqueles pré-existentes. Mesmo sendo trabalhosa, pelo envolvimento do pesquisador no campo, a Pesquisa-Ação é gratificante, pois seus frutos são colhidos ao longo do processo. A relação horizontal que se estabelece entre os envolvidos, neste caso, os professores, alunos, enfermeiros e pesquisadora, favorece o surgimento de um sentimento de corresponsabilidade que nos envolve e de forma colaborativa fazemos acreditar que é possível.

A Simulação Clínica para o ensino em Saúde é o que há de mais seguro e autêntico para o ensino de competências clínicas, isso já não é mais questionado. No entanto, a pedagogia que está por trás deste método de ensino é que vai determinar se o aprendizado provocado por ela será reflexivo ou mecanizado. A Teoria da Aprendizagem Experiencial é capaz de representar o processo construtivista do conhecimento. David Kolb, ao propor o ciclo de aprendizagem, consegue nos mostrar a importância do confronto entre emoção e razão, ação e reflexão. Quando dizemos que o profissional de enfermagem precisa ser crítico e criativo, estamos afirmando que ele precisa ter fundamentação teórica significativa para questionar a realidade e emitir julgamento, precisa usar a emoção para mobilizar ações de mudança, criativas, inovadoras. O ensino em enfermagem precisa utilizar estratégias que estimulem esse processo de reflexão na ação para que o profissional seja formado nesta perspectiva. A simulação clínica é uma opção.

O que este estudo mostrou é que não precisamos dispor obrigatoriamente de grandes recursos tecnológicos para implementar o método da simulação clínica. A utilização de recursos disponíveis, como a articulação com o curso de Artes Cênicas da Universidade realizado para viabilizar esse estudo, é uma alternativa que pode se adequar as necessidades das Instituições de Ensino Superior que oferecem o curso de graduação em Enfermagem. O uso de pessoas reais representando pacientes em cenário também real, possibilita o desenvolvimento de uma simulação de alta fidelidade sem o emprego de alta tecnologia.

Nesse sentido, a simulação clínica se mostrou uma excelente alternativa para o ensino da consulta de Enfermagem, enquanto atividade privativa do enfermeiro que sistematiza o fazer científico da

profissão, a mesma precisa estar incorporada em todas as vivências de formação dos graduandos. A trajetória histórica desta atividade influencia a percepção da sociedade, dos profissionais e dos próprios enfermeiros que ainda não a assumem como atividade fim, sem obrigatoriedade de delegação de outra profissão. A Simulação Clínica com participação de atores desenvolve no aluno conhecimento, habilidades e atitudes para a realização da consulta de enfermagem. A percepção de estudantes de enfermagem quanto à vivência da Simulação Clínica com participação de atores, a luz da Teoria da Aprendizagem Experiencial de Kolb, demonstrou que o ensino com Paciente Simulado tem grande potencial para o desenvolvimento de competências de pensamento crítico-reflexivo quando utilizado sob uma teoria pedagógica construtivista.

Portanto, a Simulação Clínica com participação de atores contribui na aprendizagem experiencial da consulta de enfermagem por proporcionar uma vivência autêntica, em ambiente controlado, com intenção pedagógica planejada, capaz de despertar sentimentos verdadeiros que mobilizam os alunos para um protagonismo na busca do conhecimento.

Limites e Potencialidades

As principais limitações deste estudo estão relacionadas à falta de recursos tecnológicos adequados para gravação e transmissão simultânea das cenas e o tempo limitado que impediu o aprimoramento do método. No entanto, as potencialidades do trabalho superaram as expectativas iniciais e apontam para uma promissora parceria entre os cursos de Graduação em Artes Cênicas e em Enfermagem. A mobilização dos professores interessados na Simulação Clínica depois deste trabalho demonstra a preocupação existente pela melhoria do ensino, e se evidencia pelo apoio a nossa intenção de articulação com a Universidade da Costa Rica a fim de propiciar uma capacitação docente.

REFERÊNCIAS

AEBERSOLD, M.; TSCHANNEN, D.; BATHISH, M. Innovative Simulation Strategies in Education. **Nursing Research and Practice**, v. 2012, p. 1-7, 2012.

AGUIRRE, A. M. A primeira experiência clínica do aluno: Ansiedades e fantasias presentes no atendimento e na supervisão. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 2, n. 1, p. 3-31, 2000. Disponível em: <<http://www.se-rj.com.br/IBMR/TEXTOS%20IBMR/Estagioaida2011sexta/APRIMEIRAEXPERIENCIA.pdf>>. Acesso em: 01 novembro 2013.

AMAYA AFANADOR, A. Importancia y utilidad de las “Guías de simulación clínica” en los procesos de aprendizaje en Medicina y ciencias de la salud. **Univ. Méd. Bogotá**, Colômbia, v. 52, n. 3, p. 309-314, 2011.

AMPARO, L. P. Aprender fazendo: a interdisciplinaridade na formação em saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000500037&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 novembro 2013.

ARAGÃO, J. C. S. et al. O uso da técnica de *role-playing* como sensibilização dos alunos de Medicina para o exame ginecológico. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 junho 2013.

ARAÚJO, A. L. L. S.; QUILICI, A. P. O que é simulação e por que simular. In: _____. *Simulação Clínica: do conceito à aplicabilidade*. São Paulo: Editora Atheneu, p. 1-16, 2012.

ARAYA, S. B.; APIP, M. P. M.; COOK, M. P. Methodologies, innovative, educación en salud en la búsqueda de metodologías innovadoras. **Ciencia y enfermería**, v. 17, p. 1, 2011.

AUSUBEL, D. P. **Adquisición y retención Del conocimiento**: una perspectiva cognitiva. Barcelona: Paidós, 2002.

BERBEL, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface — Comunicação, Saúde, Educação**, v.2, n.2, 1998.

BERBEL, N. A. N.; GAMBOA, S. A. S. A metodologia da problematização com o Arco de Maguerez: uma perspectiva teórica e epistemológica. **Revista Filosofia e Educação (Online)**, v. 3, n. 2, p. 264-287, 2012.

BERNDT, J. The ethics of simulated nursing clinical experiences. **Teaching and Learning in Nursing**, v. 5, n. 4, p. 160-163, 2010.

BEYER, N. Creative educational methodologies: Using a childbirth simulator with baccalaureate nursing students. **Newborn and Infant Nursing Reviews**, v. 9, n. 2, p. 88-90, 2009.

BLAND, A. J.; TOPPING, A.; WOOD, B. A concept analysis of simulation as a learning strategy in the education of undergraduate nursing students. **Nurse education today**, v. 31, n. 7, p. 664-667, 2011. Disponível em:
<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691710001966>> . Acesso em: 01 novembro 2013.

BORDENAVE, J.; PEREIRA, A. M. Estratégias de ensino aprendizagem. 4.ed. Petrópolis:Vozes, 1982.

BOREN, S. A. AADE7TM Self-Care Behaviors: Systematic Reviews. **The Diabetes Educator** , v. 33, n. 6, p. 866-871, 2007.

BRAGA, E. M.; SILVA, M. J. P. Como acompanhar a progressão da competência comunicativa no aluno de Enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 40, n. 3, p. 329-35, 2006. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n3/v40n3a02.pdf>>. Acesso em: 01 novembro 2013.

BRAGA, M. Realidade virtual e educação. **Revista de biologia e ciências da terra**, v. 1, n. 1, p. 1-13, 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação – Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES Nº 3 de 7 de novembro de 2001**.

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília, 2001.

BRASIL. **Lei 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Parecer CNE/CES 67/2003**. Constitui-se Referencial para as Diretrizes Curriculares Nacionais- DCN dos cursos de Graduação. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Conselho Nacional de Educação. **Parecer CNE/CES 776/97**. Estabelece orientações para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde – CNS. **Resolução nº 350, de 09 de junho de 2005**, Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 21 novembro 2013.

CAMACHO, A. C. L. F.; SANTOS, F. H. do E. Refletindo sobre o cuidar e o ensinar na enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 13-7, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n1/11525.pdf>> . Acesso em: 01 novembro 2013.

CASSIANI, S.H.B. Enfermagem e a Pesquisa sobre Segurança dos Pacientes. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 23, n. 6, p.vii-viii, 2010.

CATAPAN, A.; FIALHO, F. A. P. Pedagogia e tecnologia: a comunicação digital no processo pedagógico. **Educação**. Porto Alegre: PUC/RS, 2003.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN 159/1993**. Dispõem sobre a Consulta de Enfermagem. Rio de Janeiro: COFEN, 1993.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN 195/1997**. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro. Rio de Janeiro: COFEN, 1997.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 311/2007**. Revoga a Resolução COFEN, n. 249, 2007. Rio de Janeiro: COFEN, 2007.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: COFEN, 2009.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. **Parecer COREN-SP CAT nº 012/2009**. Treinamento de técnicas injetáveis em alunos na formação profissional.

CRUZ, P. et al. Demonstration and nursing clinical teaching – Systematic Literature Review. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói (RJ), v.9, n.1, 2010. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2837/624> >. Acessado em: 24 set 2013.

DELORS, J. **Educação: um tesouro a descobrir**. São Paulo: Cortez; Brasília: MEC/UNESCO, 1998.

DEMO, P. **Complexidade e aprendizagem: a dinâmica não linear do conhecimento**. São Paulo: Atlas; 2002.

DEWEY, J. **Democracia e Educação**. Trad. Godofredo Rangel; Anísio Teixeira. 3. ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1959.

DUDLEY, Fiona. **The Simulated Patient Handbook: A Comprehensive Guide for Facilitators and Simulated Patients**. Radcliffe, 2012.

DURHAM, C. F.; ALDEN, K. R. Enhancing patient safety in nursing education through patient simulation. **Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses**, v. 6, n. 3, p. 221-250, 2008.

ENGEL, G. I. Pesquisa-ação. **Educar**, v. 16, p. 181-91, 2000.

ESTEBAN, M. P. S. **Pesquisa Qualitativa em Educação: Fundamentos e tradições**. Tradutor: Miguel Cabrera. Porto Alegre: AMGH, 2010.

FERNANDES, J.D. et al. Diretrizes curriculares e estratégias para implantação de uma nova proposta pedagógica. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, 2005.

FREIRE, P. **À Sombra desta Mangueira**, 5ª edição. São Paulo: 2003.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. Cortez & Morales, 1979.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 37. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 43. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FREIRE, P. **Política e educação**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing. **Rev. Nurs Health**, v.10, n. 1, p. 1-11, 1987.

GOMES, C. O.; GERMANO, R. M. Processo ensino/aprendizagem no laboratório de enfermagem: visão de estudantes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Natal, v. 28, n. 3, p.401-408, 2007. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4693>>. Acesso em: 27 ago. 2013.

GOMEZ, M.V; VIEIRA, J. E.; SCALABRINI NETO, A. Análise do Perfil de Professores da Área da Saúde que Usam a Simulação como Estratégia Didática. **Revista Brasileira de Educação Médica**, São Paulo, v. 35, n. 2, p.157-162, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n2/03.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2011.

GONZÁLEZ GÓMEZ, J. M. et al. Nuevas metodologías en el entrenamiento de emergencias pediátricas: simulación médica aplicada a pediatría. In: **Anales de Pediatría**. Elsevier Doyma, p. 612-620, 2008.

HERRMAN, E. K. Remembering Mrs. Chase. Before there were Smart Hospitals and Sim-Men, there was "Mrs. Chase". v. 55, n. 2, p. 52-5, 2008.

IGNACIO, J. J. Evaluation of simulation learning for clinically-experienced nurses. **Singapore Nursing Journal**. Singapore, v.39, n.1, 2012.

JANICAS, R. C. S. V.; FERNANDES, M. G. O. Como treinar habilidades: modelos de guias e *checklist*. In _____. **Simulação Clínica: do conceito à aplicabilidade**. São Paulo: Editora Atheneu, 2012, p. 49-71.

KOHN, L.; CORRIGAN, J.; DONALDSON, M. **To Err Is Human: Building a Safer Health System**. Washington, DC: The National Academies Press, 1999.

KOLB, D. A. **Experiential learning: Experience as the source of learning and development**. New Jersey: Prentice-Hall. 1984.

KOZLOWSKI, S. W. J.; DESHON, R. P. A psychological fidelity approach to simulation-based training: Theory, research, and principles. **Scaled worlds: Development, validation, and applications**, p. 75-99, 2004.

LEE, A.; BERGE, Z. L. Second Life in Healthcare Education: Virtual Environment's Potential to Improve Patient Safety. **Knowledge Management & E-Learning: An International Journal (KM&EL)**, v. 3, n. 1, p. 17-23, 2011.

LIMA, V. V.; KOMATSU, R. S.; PADILHA, R. Q. Desafios ao desenvolvimento de um currículo inovador: a experiência da Faculdade de Medicina de Marília. **Interface - Com. Saúde Educ.**, v.7, n.12, p.175-84, 2003.

LIPMAN, M. **O pensar na educação**. Petrópolis: Vozes, 1995.

MACHADO, M. M. T.; LEITÃO, G. C. M.; HOLANDA, F. U. X. O conceito de ação comunicativa: uma contribuição para a consulta de enfermagem. **Rev. latinoam. enferm**, v. 13, n. 5, p. 723-728, 2005.

MACIEL, I. C. F.; ARAUJO, T. L.. Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial, em Fortaleza. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, Mar. 2003. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 novembro 2013.

MARTINS, J. C. A. et al. A experiência clínica simulada no ensino de enfermagem: retrospectiva histórica. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 4, 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000400022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 fevereiro 2013.

MASSIAS, L. A.; SHIMER, C. A. Clinical simulations: Let's get real!. **Teaching and Learning in Nursing**, v. 2, n. 4, p. 105-108, 2007. Disponível em:

<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S155730870700039X>>. Acesso em: 01 novembro 2013.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M.. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.

MERCADO, L. P. L. **Formação docente e novas tecnologias**. In: _____. **Novas tecnologias na educação: reflexão sobre a prática**. Maceió: Edufal, 2002. p. 11-28.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2012.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v. 13, n. 2, p. 2133-2144, 2008.

NICKERSON, M.; POLLARD, M.. "Mrs. Chase And Her Descendants: A Historical View Of Simulation." *Creative Nursing. Academic Search Elite*, v. 16, n. 3, p. 101-105, 2010.

OGG, C. J. S.; PAGANINI, M. C. Ensino Clínico: Significado para o acadêmico de enfermagem. **Boletim de Enfermagem**, Curitiba, v. 2, 2008. Disponível em: <www.utp/enfermagem/boletim_3_ano2_vol2/pdf/art3_ensinoclínico.pdf> Acesso em: 31 outubro 2013.

PAZIN FILHO, A.; SCARPELINI, S. Simulação: Definição. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 40, n. 2, p.162-166, 2007. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista/2007/vol40n2/2_simulacao_definicao.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2013.

PEREIRA, W. R. et al. Competências emocionais no processo de ensinar e aprender em enfermagem na perspectiva das neurociências. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 1-7, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/pt_0104-1169-rlae-21-03-0663.pdf>. Acesso em: 01 novembro 2013.

PRETO, L.; MAGALHÃES, C. P.; FERNANDES, A. A simulação de cuidados complexos: Uma nova ferramenta formativa. **Sinais Vitais**, Eiras (Coimbra), n. 89, p.48-51, 2010. Disponível em: <http://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/2744/1/Sinais_Vitais_48-51.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2013.

RIO DE JANEIRO. **Protocolos de Enfermagem na atenção primária á saúde** / Prefeitura, Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, Subsecretaria Geral Rio de Janeiro: Prefeitura, 2012.

QUILICI, A. P.; ABRAÃO, K. C. Conceitos importantes na criação de cenários: da construção á aplicabilidade. In:_____. **Simulação Clínica: do conceito à aplicabilidade**. São Paulo: Editora Atheneu, 2012. p.77-82.

REIBNITZ K.S.; PRADO M.L. Formação do profissional crítico-criativo: a investigação como atitude de (re) conhecimento do mundo. **Texto Contexto Enferm**, v.12, n. 1, p. 26-33, 2003.

REIBNITZ, K. S.; PRADO, M. L. **Inovação e educação em Enfermagem**. Florianópolis: Cidade Futura, 2006.

RIERA, J. R. M.; CIBANAL, J. L.; MORA, M. J. P.. Using role playing in the integration of knowledge in the teaching-learning process in nursing: assessment of students. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 4, 2010.

ROBERTS, D; GREENE, L. The theatre of high-fidelity simulation education. **Nurse Education Today**, v. 31, n. 7, p. 694-698, 2011.

ROSEN, K. R. The history of medical simulation. **Journal of Critical Care**, v. 23, n. 2, p. 157-166, 2008.

SANTOS, B. R. L.; PASKULIN, L. M. G.; CROSSETTI, M. G. O. Consulta de enfermagem: sistematização do cuidado. In: TASCALIA, M. G. O. **Cuidado Ambulatorial: consulta de enfermagem e grupos**. Rio de Janeiro: Epub, 21-9, 2006.

SANTOS, M. C.; LEITE, M. C. L. A avaliação das aprendizagens na prática da simulação em enfermagem como *feedback* de ensino. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 3, p. 552, 2010.

SANTOS, V. E. P. S.; RADÜNZ, V. O estresse de acadêmicas de enfermagem e a segurança do paciente. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, 2011. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n4/v19n4a19.pdf> . Acesso em: 31 outubro 2013.

SANTOS, Z. M. S. A.; OLIVEIRA, V. L. M.. Consulta de enfermagem ao cliente transplantado cardíaco: impacto das ações educativas em saúde. **Rev Bras Enferm**, v. 57, n. 6, p. 654-7, 2004.

SASSO, G. T. M. ; SOUZA, M.L.. A Simulação Assistida Por Computador: A Convergência No Processo De Educar-Cuidar Da Enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 231-239, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000200006&script=sci_arttext. Acesso em: 27 ago. 2013.

SASTRÍAS, J. M. F. *Debriefing*. In: _____. **Simulação Clínica: do conceito à aplicabilidade**. São Paulo: Editora Atheneu, 2012, p. 83-92.

SAUPE, R.; HERR, L. **Método de Assistência de Enfermagem**. Florianópolis: UFSC; 1984.

SCAIN, S. F. et al. Acurácia das intervenções de enfermagem para pacientes com diabetes mellitus tipo 2 em consulta ambulatorial. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 2, p. 14-20, 2013.

SILVA, L. M.; BRIZOLLA, F.; SILVA, L. E. Projeto pedagógico do curso de licenciatura em Ciências da UFPR Litoral: desafios e possibilidades para uma formação emancipatória. **Rev. Bras. Estud. Pedagog.**, Brasília, v. 94, n. 237, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-66812013000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 novembro 2013.

SILVEIRA, R. C. P.; ROBAZZI, M. L. C. Modelos e inovações em laboratórios de ensino em enfermagem. **R. Enferm. Cent. O. Min.** v. 1, n. 4, p. 590-600, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Departamento de Enfermagem da Sociedade Brasileira de Diabetes. **Cuidados de Enfermagem em Diabetes Mellitus: Manual de Enfermagem**. São Paulo, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes 2012-2013.

SOCIETY FOR SIMULATION IN HEALTHCARE, 2012. Disponível em : <http://ssih.org/about-simulation>, Acesso em: 18 novembro 2013.

SPINELLI, W. Os objetos virtuais de aprendizagem: ação, criação e conhecimento. **Aprendizagem Matemática em Contextos Significativos: Objetos Virtuais de aprendizagem e Percursos Temáticos**. São Paulo:–Faculdade de Educação da USP–2005, 2010.

TRONCON, L. E. A. Utilização de pacientes simulados no ensino e na avaliação de habilidades clínicas. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 40, n. 2, 2007.

VARGA, C. R. R. et al. Relato de experiência: o uso de simulações no processo de ensino-aprendizagem em medicina. **R. Bras Educ Med.** v, 33, n. 2, p. 291-7, 2009.

VIEIRA, R. Q.; CAVERNI, L. M. R. Manequim de Simulação Humana no Laboratório de Enfermagem: uma revisão de literatura. [on line]. 2011.

WALL, M. L., PRADO, M. L., CARRARO, T. E. A experiência de realizar um Estágio Docência aplicando metodologias ativas. **Acta Paul Enferm.** v. 21, n. 3, p. 515-9, 2008.

WATERKEMPER, R.; PRADO, M. L. Teaching-learning strategies in undergraduate Nursing courses. **av.enferm.**, Bogotá, v. 29, n. 2, 2011 .

ZIV, A.; WOLPE, P. R.; SMALL, S. D.; GLICK, S. Simulation-based medical education: an ethical imperative. **Acad Med.** v. 78, n. 8, p. 783-788, 2003.

APÊNDICE A – PROTOCOLO DA REVISÃO INTEGRATIVA

 <p>Universidade Federal de Santa Catarina</p>	   <p>Programa de Pós-Graduação em Enfermagem</p> <p>PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM</p>
<p align="center">PROTOCOLO PARA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA</p>	
<p>I. RECURSOS HUMANOS Mda. Saionara Nunes de Oliveira¹ (pesquisador responsável), Profª. Dra. Marta Lenise do Prado² (pesquisador orientador) Dra. Silvana Silveira Kempfer³ (pesquisador co-orientador)</p>	
<p>II. PARTICIPAÇÃO DOS PESQUISADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboração protocolo: 1 - Avaliação do protocolo: 2 - Coleta de dados: 1 - Seleção dos estudos: 1 - Checagem dos dados coletados: 1 - Avaliação crítica dos estudos: 1 - Síntese dos dados: 1, 3 - Análise dos dados, resultados e elaboração do artigo: 1, 2, 3 - Apreciação final, avaliação e sugestões: 1, 2, 3 - Revisão final a partir de sugestões do orientador: 1 - Finalização do artigo e encaminhamento para revista: 1, 2, 3 <p>* Os números condizem ao nome dos pesquisadores apresentados no item anterior.</p>	
<p>III. VALIDAÇÃO EXTERNA DO PROTOCOLO Ms. Maria Gorete Monteguti Savi - Bibliotecária - Coordenadora da Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde – BSCCS/UFSC. Dra Vera Radünz – Enfermeira e Professora na Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC</p>	
<p>IV. PERGUNTA -Como a simulação está sendo utilizada no ensino de graduação em enfermagem no Brasil e no Mundo?</p>	
<p>V. OBJETIVO Realizar uma Revisão Integrativa de Literatura acerca do uso da Simulação como estratégia de ensino em Enfermagem</p>	
<p>VI. DESENHO DO ESTUDO Trata-se de uma Revisão Integrativa de Literatura, com abordagem qualitativa. As etapas serão conduzidas a partir de (GANONG, 1987): Escolha da pergunta de pesquisa; Definição dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos;</p>	

Seleção da amostra;

Inclusão dos estudos selecionados em formato de tabela construída a partir do Microsoft Excel,

Análise dos resultados, identificando diferenças e conflitos;

Discussão e análise dos resultados;

Apresentação do estudo em forma de artigo científico.

VII. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Estudos que contenham as palavras chaves listadas neste protocolo, e estejam publicados nos idiomas: inglês, espanhol e português, no período de 2008 a 2012, na forma completa.

VIII. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Editoriais; Cartas; Artigos de Opinião; Comentários; Resumos de Anais; Ensaios; Publicações duplicadas; Teses; Dissertações; TCC; Documentos oficiais de Programas Nacionais e Internacionais; Livros.

IX. ESTRATÉGIAS DE BUSCA (Pesquisa avançada)

Serão utilizados os seguintes termos baseados no DeCS

Simulation; Simulación; Simulação; Simulador\$; Teaching; Enseñanza; Ensino; Capacitação; Education; Educación; Educação; Education, Nursing; Educación en Enfermería; Educação em Enfermagem; Nursing; Enfermería; Enfermagem

BASES ELETRÔNICAS DE DADOS

LILACS

É o mais importante e abrangente índice da literatura científica e técnica da América Latina e Caribe. Há 27 anos contribuindo para o aumento da visibilidade, acesso e qualidade da informação em saúde na Região.

MEDLINE/PUBMED

Base de dados especializada em ciências biomédicas e ciências da vida que foi desenvolvida pelo U.S. National Institutes of Health (NIH) e administrada pelo National Center for Biotechnology Information (NCBI). De acesso público, indexa a literatura especializada nas áreas de ciências biológicas, enfermagem, odontologia, medicina, medicina veterinária e saúde pública.

Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINAHL)

O CINAHL é a base da EBSCO que indexa periódicos científicos sobre enfermagem e áreas correlatas de saúde, fornecendo o texto completo a mais de 630 dos periódicos indexados.

Educational Resource Information Center (ERIC)

ERIC - é uma biblioteca digital on-line de investigação, educação e informação. ERIC é patrocinado pelo Instituto de Ciências da Educação (IES) do Departamento de Educação dos EUA. ERIC fornece fácil acesso a literatura de educação para apoiar o uso da pesquisa em educação e informação para melhorar a prática na aprendizagem, ensino, ensino de tomada de decisão e pesquisa.

Proposta de Cruzamento:

LILACS: simulacao OR simulation OR simulacion OR simulador\$ [Palavras] AND Educacao OR educacion OR education OR ensino OR teaching OR ensenanza [Palavras] AND Enfermagem OR nursing OR enfermeria [Palavras]

Medline/ PubMed: "simulation"[All Fields] AND ("education"[All Fields] OR "educational status"[MeSH Terms] OR "educational status"[All Fields] OR

"education"[MeSH Terms]OR "teaching"[All Fields] OR "teaching"[MeSH Terms]) AND ("nursing"[All Fields] OR "nursing"[MeSH Terms] OR "nursing education"[All Fields])

CINAHL: (MH "Education, Nursing+") AND (MH "Simulations+")

ERIC: ((**Keywords:**simulation) and (**Keywords:**"nursing education" OR **Keywords:**Nursing) and (**Keywords:**education))

X. COLETA DOS DADOS

A busca dos artigos será realizada com o acesso nas bases de dados supracitadas, nas quais serão estipulados os limites desejados. Todos os trabalhos encontrados serão submetidos à próxima etapa deste protocolo.

XI. CAPTAÇÃO DOS TRABALHOS

Após a busca dos artigos nas bases de dados supracitadas, será feita a leitura do título e do resumo, os trabalhos que atenderem os objetivos propostos pelo estudo serão submetidos à etapa seguinte do estudo.

XII. AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS ESTUDOS

Para análise dos estudos será realizada a leitura minuciosa dos trabalhos na íntegra, com o objetivo de constatar a aderência ao objetivo deste estudo. Para seguir as diretrizes da Revisão Integrativa, os achados serão organizados em uma tabela no Microsoft Excel e analisados a partir das categorias que serão citadas abaixo. Dentro de cada categoria os dados serão agrupados por similaridade de idéias, em que se desenvolverá uma síntese de forma narrativa. Esta avaliação segue o modelo analítico de Ganong (1987), que viabiliza a Revisão Integrativa da Literatura.

XIII. INFORMAÇÕES A SER EM EXTRAÍDAS DAS PRODUÇÕES

Ano de publicação; Título; Autor(es); Periódico; Estado/País; Descritores e Palavras-chave

Base de dados de localização dos artigos; Categoria da pesquisa; Natureza da pesquisa Referencial teórico; Método de análise dos dados; Temática dos artigos; Resultados

XIV. DIVULGAÇÃO

O manuscrito será encaminhado para publicação conforme cronograma abaixo.

XIV. CRONOGRAMA

Período Atividade	2013					
	ABR	MAI	JUN	JUL/ AGO	SET/ OUT	NOV/ DEZ
Elaboração protocolo						
Validação protocolo						
Busca dos estudos						
Seleção dos estudos						
Organização dos estudos em tabela						
Avaliação crítica dos estudos						
Análise dos dados coletados						
Discussão e Conclusões						
Elaboração artigo Revisão Integrativa						
Finalização do Artigo						
Encaminhamento do Artigo para						

periódico							
XV. REFERÊNCIAS: GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing. Rev. Nurs Health , v.10, n. 1, p. 1-11, 1987.							

APÊNDICE B – SITUAÇÃO CLÍNICA 1

Maria de Souza, sexo feminino, 20 anos, solteira, católica, ensino fundamental completo, natural e residente do bairro Canasvieiras em Florianópolis/SC, trabalha há 3 anos como diarista em 2 residências no centro da cidade. Filha única, mora em casa própria com a mãe que é empregada doméstica, o pai já falecido. Não tem histórico familiar de nenhuma doença, e não possui comorbidades, não é etilista nem tabagista. Faz 4 refeições por dia (café da manhã (quando dá tempo), almoço, café da tarde e janta), sendo sua alimentação baseada em lanches rápidos (hambúrguer, pizza, macarrão instantâneo, calzones, etc), refrigerante, massas e frituras. Não costuma comer frutas e verduras. Não pratica exercícios físicos regulares além das exigidas pelo trabalho como diarista. Vinha apresentando nos últimos 30 dias, poliúria, polidipsia, polifagia, visão turva e emagreceu 8 quilos nesse período, referia cansaço intenso, teve um episódio de desmaio no trabalho e foi levada para a emergência do HU com glicemia capilar de 430mg/dl, ficou internada para tratamento da cetoacidose recebendo insulinoaterapia. Recebeu o diagnóstico de diabetes tipo 1 hoje, tem previsão de alta para amanhã, sairá com prescrição de insulina NPH (20U antes do café e 10U antes do jantar), foi encaminhada pelo endocrinologista ao ambulatório para receber avaliação de enfermagem e orientação quanto ao uso de insulina. Não faz uso de outros medicamentos, não possui alergias. Está ansiosa, pois desconhece a doença e tem receio de realizar a auto aplicação de insulina. Tem em mãos a prescrição de Insulina, já possui o glicosímetro (a mãe já conseguiu o aparelho e as fitas no posto de saúde e já foi orientada na clínica quanto ao procedimento). A paciente deve buscar a insulina e as seringas no posto próximo a sua residência.

APÊNDICE C – SITUAÇÃO CLÍNICA 2

Francisco Andrade, masculino, 60 anos, casado, católico, natural e procedente de Antônio Carlos, agricultor aposentado (cultivava milho), mora com a esposa e filho de 20 anos em residência própria, analfabeto, tem histórico familiar de hipertensão e diabetes (pai e mãe), fuma uma carteira de cigarros por dia (20 cigarros), não ingere bebida alcoólica. Faz 4 refeições por dia, sua alimentação é baseada em massas, carnes, doces caseiros, frutas e verduras. Não pratica exercício físico regular. Tem diagnóstico de diabetes tipo II há 15 anos e hipertensão arterial, refere que as vezes sente formigamento no membro inferior direito. (está calçado com sandália aberta e apresenta sujidades entre os dedos) Usa óculos e não faz exames a 5 anos, e refere estar com a “visão embaçada”. Sua glicemia está alterada ($> 200\text{mg/dl}$) e seu exame de hemoglobina glicada aponta 8,5%, (informações registradas pelo médico no prontuário) o médico encaminhou ao ambulatório de diabetes para receber orientação de como realizar o controle de glicemia. Faz uso de hipoglicemiante oral (metformina 850 mg 2 vezes ao dia, após almoço e janta; glibenclamida 5mg 3 vezes ao dia, antes do café, almoço e janta) mas esquece de tomar as vezes. Faz uso de enalapril 10mg para pressão 1 vez ao dia. Está prestes a iniciar o uso de insulina se não controlar a glicemia. Não possui alergias. Não parece preocupado com a doença, manifesta pouco interesse pelo tratamento. Vai realizar a monitorização no Posto de Saúde 3 vezes na semana em jejum (8 a 10 horas de jejum)

APÊNDICE D – SITUAÇÃO CLÍNICA 3

Maria de Souza, sexo feminino, 20 anos, solteira, católica, ensino fundamental completo, natural e residente do bairro Canasvieiras em Florianópolis/SC, trabalha há 3 anos como diarista em 2 residências no centro da cidade. Filha única, mora em casa própria com a mãe que é empregada doméstica, o pai já falecido. Não tem histórico familiar de nenhuma doença, e não possui comorbidades, não é etilista nem tabagista. Depois do diagnóstico de Diabetes tipo 1 há alguns dias está tentando melhorar a alimentação evitando os lanches e refrigerantes, incluído frutas e saladas. Está caminhando 3 vezes por semana no final da tarde e se sentiu mal algumas vezes com tontura e tremores (não se alimenta antes de caminhar). Está aplicando a insulina conforme prescrição sempre no mesmo local (abdome) que já está apresentando áreas com hematomas. Refere que sempre sangra um pouco quando tira a agulha e dói bastante. Está recuperando o peso, não sente mais cansaço, nem sede em excesso e está urinando normalmente. Algumas vezes quando acordou atrasada para o trabalho, aplicou a insulina e deixou para tomar café no emprego, passou mal no ônibus e teve uma sensação horrível. “Acha que a insulina está fazendo mal”. Não possui alergias. Está um pouco insegura com o tratamento pois passou mal algumas vezes. Trouxe controle de glicemia que fez (3 vezes por dia da última semana) valores entre 90 e 150 mg/dl apresentando alguns episódios de hipoglicemia relacionado ao exercício, alimentação e atividade física (55-60mg/dl).

APÊNDICE E – SITUAÇÃO CLÍNICA 4

Francisco Andrade, masculino, 60 anos, casado, católico, natural e procedente de Antônio Carlos, agricultor aposentado (cultivava milho), mora com a esposa e filho de 20 anos em residência própria, analfabeto, tem histórico familiar de hipertensão e diabetes (pai e mãe), fuma uma carteira de cigarros por dia (20 cigarros), não ingere bebida alcoólica. Faz 4 refeições por dia (café da manhã, almoço, café da tarde e janta), sua alimentação é baseada em massas, carnes, doces caseiros, frutas e verduras. Não pratica exercício físico regular. Tem diagnóstico de diabetes tipo 2 há 15 anos e hipertensão arterial há 3 anos, refere formigamento de membro inferior direito. Usa óculos e não faz exames a 5 anos, refere estar com a visão embaçada. Depois da última consulta em que foi orientado a fazer o controle de glicemia no posto de saúde, está tentando melhorar a alimentação, mas confessa que está difícil. Continua fumando uma carteira de cigarros por dia e não iniciou nenhuma atividade física além do trabalho na agricultura. Está monitorando a glicemia 3 vezes por semana, apresentando uma pequena melhora na última semana. Faz uso de hipoglicemiante oral (metformina 850 mg 2 vezes ao dia, após almoço e janta; glibenclamida 5mg 3 vezes ao dia, antes do café, almoço e janta). Faz uso de enalapril 10mg para pressão. Está prestes a iniciar o uso de insulina se não controlar a glicemia. Não possui alergias. A esposa está auxiliando para que não se esqueça de tomar as medicações e realizar o controle de glicemia no posto. Não possui alergias. Está um pouco preocupado com a possibilidade de ter que iniciar o uso de insulina (manifesta uma compreensão distorcida do uso da insulina associando a amputação e cegueira) está disposto a seguir as recomendações a partir de agora. Já está usando calçado fechado por recomendação da enfermeira mas não compreende muito bem a necessidade deste cuidado. A glicemia registrada na folha de controle que fez no Posto de Saúde está entre 150 e 250 mg/dl nas primeiras semanas e entre 130 e 180 mg/dl na última semana.

APÊNDICE F - SITUAÇÃO CLÍNICA 5

Francisco Andrade, masculino, 60 anos, casado, católico, natural e procedente de Antônio Carlos, agricultor aposentado (cultivava milho), mora com a esposa e filha de 20 anos em residência própria, analfabeto, tem histórico familiar de hipertensão e diabetes (pai e mãe), fuma uma carteira de cigarros por dia (20 cigarros), não ingere bebida alcoólica. Faz 4 refeições por dia (café da manhã, almoço, café da tarde e janta), sua alimentação é baseada em massas, carnes, doces caseiros, frutas e verduras. Não pratica exercício físico regular. Tem diagnóstico de diabetes tipo 2 há 15 anos e hipertensão arterial há 3 anos. Faz uso de hipoglicemiante oral (metformina 850 mg 2 vezes ao dia, após almoço e janta; glibenclamida 5mg 3 vezes ao dia, antes do café, almoço e janta). Faz uso de enalapril 10mg para pressão 1 vez ao dia. Na última consulta médica foi informado que iniciaria o uso de insulinoterapia. Vem para consulta de enfermagem para ser avaliado e receber orientações quanto a aplicação das doses prescritas. Tem em mãos prescrição de Insulina NPH 20 U antes do café da manhã e 10U antes da janta e Insulina Regular 6U antes do café da manhã, antes do almoço e antes do jantar. Está acompanhado da filha (Antônia) que ficará responsável pela aplicação da insulina já que o pai e a mãe não se sentem seguros para realizar o procedimento. A filha está providenciando o pedido do glicosímetro junto ao Posto de Saúde. O paciente apresenta-se um pouco entristecido com a nova terapêutica, está se sentindo um “peso” para a filha.

APÊNDICE G - ROTEIROS DAS SITUAÇÕES CLÍNICAS ADAPTADOS PARA OS ATORES

Situação Clínica 1

Atriz: Priscila de Souza Serafim

Personagem: Maria de Souza, 20 anos, solteira, católica, ensino fundamental completo, natural e residente do bairro Canasvieiras em Florianópolis/SC. Diagnosticada com Diabetes tipo 1.

Informações adicionais: Trabalha há 3 anos como diarista em 2 residências no centro da cidade. Filha única, mora em casa própria com a mãe que é empregada doméstica, o pai já é falecido. Renda familiar de aproximadamente 1500,00 R\$. Não tem histórico familiar de nenhuma doença, não consome bebida alcoólica e não fuma. Não pratica atividade física regular. Não possui alergia, não faz uso de outro medicamento além do prescrito na internação (insulina). Faz 4 refeições por dia:

*café da manhã: geralmente às 6h quando dá tempo, se não, toma quando chega no trabalho às 8h (4 fatias de pão, margarina, café com leite adoçado com açúcar),

*almoço: geralmente às 12h, macarrão instantâneo ou lanches rápidos como pizzas, sanduiches, calzones (quando não sobra muito tempo). Quando tem tempo de fazer o almoço gosta de macarrão, maionese, farofa, frango frito ou assado e churrasco. Não gosta muito de salada nem de frutas. Consome refrigerante diariamente.

*lanche da tarde: geralmente às 17h, costuma repetir o café da manhã.

*janta: geralmente às 21h, costuma repetir o almoço.

Cenário: Ambulatório HU

Cena:

Paciente aguarda atendimento na sala de espera do ambulatório do HU.

Ao ser chamado pelo profissional de enfermagem se dirige ao consultório. Aguarda orientação do profissional para se acomodar na cadeira ou maca. Tem em mãos a prescrição médica de insulina que deverá apresentar a enfermeira (aluno).

O profissional (aluno de enfermagem) vai fazer algumas perguntas, o paciente deve responder dentro do seguinte contexto: contar que está internado na Clínica Médica do HU há 3 dias (com previsão de receber alta amanhã) pois passou mal no trabalho, começou a sentir fraqueza, tremores, dor na barriga, até que desmaiou e acordou no hospital (o patrão chamou o SAMU). Nos últimos 30 dias apresentou muita fome e sede (além do comum). Notou que estava urinando muito (cerca de 7 vezes ao dia) e que estava perdendo muito peso, 8 quilos nesse período (mas estava achando bom pois queria mesmo emagrecer). A única coisa

que estava realmente incomodando era a fraqueza que estava sentindo, pois interferia no seu trabalho de diarista. Está muito preocupada, pois o médico falou que ela tem Diabetes tipo 1. Não sabe muito bem o que isso significa, quer saber quanto tempo dura o tratamento e se logo estará curada. Está um pouco receosa também, pois o médico falou que ela terá que tomar injeção e acha que não vai conseguir se auto aplicar.

O profissional fará o exame físico, poderá verificar: pulsos, pressão arterial, peso, altura, temperatura etc. A paciente poderá questionar qual a importância destes procedimentos.

O profissional fará as orientações do uso da insulina e a paciente vai demonstrar que está compreendendo, mas manifestará que está com um pouco de receio em se auto aplicar.

Paciente já possui o aparelho de medir a glicemia (glicosímetro) a mãe já providenciou no posto de saúde. Vai retirar a insulina e as seringas no posto de saúde próximo a sua residência. (já foi orientada quanto a isto na clínica médica em que está internada).

Estado emocional: Paciente entristecida com o diagnóstico. Com receio da aplicação da insulina.

Possíveis questionamentos para auxiliar a dinâmica da cena:

Quanto tempo dura esse tratamento?

Não tem insulina em comprimido?

Esse remédio engorda? Porque eu não quero engordar.

Essa fraqueza que eu estava sentindo tem haver com essa doença?

Situação Clínica 2

Ator: André Andrade

Personagem: Francisco Andrade, masculino, 60 anos, casado, católico, natural e procedente de Antônio Carlos, SC. Diagnosticado com Hipertensão Arterial e Diabetes tipo 2 há 15 anos.

Informações adicionais: Agricultor aposentado (cultivava milho), mora com esposa e filha de 20 anos em residência própria, renda familiar de aproximadamente 1300,00 R\$, analfabeto, tem histórico familiar de hipertensão e diabetes (pai e mãe), fuma uma carteira de cigarros por dia (20 cigarros), não ingere bebida alcoólica. Não pratica atividade física. Utiliza óculos. Faz uso de medicamentos para diabetes: metformina 850mg depois do almoço e depois da janta; glibenclamida 5mg antes do café da manhã, almoço e janta. Não possui alergia. Faz 4 refeições por dia:

*café da manhã: geralmente às 6h (pão caseiro com nata, doce de banana, broa de milho, rosca de polvilho) Café com leite adoçado com açúcar.

*almoço: geralmente às 12h, (polenta, macarrão, frango ou carne ensopada, batata doce, farinha de mandioca, cenoura, beterraba, tomate, alface) suco de laranja ou limonada adoçado com açúcar.

*lanche da tarde: geralmente às 16h, (repete o café da manhã)

*janta: geralmente às 20h, (repete o almoço) consome frutas de sobremesa: maçã, goiaba, manga ou laranja.

Cena:

Paciente aguarda atendimento na sala de espera do ambulatório do HU.

Ao ser chamado pelo profissional de enfermagem, se dirige ao consultório. Aguarda orientação do profissional para se acomodar na cadeira ou maca. O profissional (aluno de enfermagem) vai fazer algumas perguntas, a paciente deve responder dentro do seguinte contexto:

Paciente tem diabetes há 15 anos, toma as medicações prescritas pelo médico mas as vezes esquece, não segue nenhuma dieta pois acha que “viver bem” é “comer bem”. Não pratica atividade física regular. Na última visita ao médico (há 3 dias) foi alertado que sua glicemia estava alterada, muito acima do que deveria estar e que corria o risco de ter que iniciar o uso da insulina. O médico então pediu para que o paciente marcasse uma consulta com a enfermeira do ambulatório para que ela o orientasse sobre o controle de glicemia que ele deveria fazer. Paciente refere que está com a visão um pouco embaçada ultimamente e que faz mais de 5 anos que não vai ao oftalmologista. Diz que às vezes sente um formigamento no pé direito. Está calçando uma sandália e apresenta sujidades entre os dedos.

O profissional fará o exame físico, poderá verificar: pulsos, pressão arterial, peso, altura, temperatura etc. A paciente poderá questionar qual a importância destes procedimentos.

Estado emocional: Não parece preocupado com a doença, manifesta pouco interesse pelo tratamento.

Possíveis questionamentos para auxiliar na dinâmica da cena:

Eu estou bem, não sinto nada, acho que esse médico ta exagerando, você não acha?

Esse formigamento no pé pode ser do Diabetes?

Situação Clínica 3

Atriz: Priscila de Souza Serafim

Personagem: Maria de Souza, 20 anos, solteira, católica, ensino fundamental completo, natural e residente do bairro Canasvieiras em Florianópolis/SC. Diagnosticada com Diabetes tipo 1.

Informações adicionais: Trabalha há 3 anos como diarista em 2 residências no centro da cidade. Filha única, mora em casa própria com a mãe que é empregada doméstica, o pai já é falecido. Renda familiar de aproximadamente 1500,00 R\$. Não tem histórico familiar de nenhuma doença, não consome bebida alcoólica e não fuma. Não possui alergia, não faz uso de outro medicamento além do prescrito na internação. Depois da última consulta está fazendo 6 refeições por dia (café da manhã, lanche, almoço, café da tarde, janta e lanche da noite). Está incluindo saladas e frutas nas refeições. Está evitando os refrigerantes comuns e dando preferência aos dietéticos, consumindo-os somente nos finais de semana.

Cena:

Paciente aguarda atendimento na sala de espera do ambulatório do HU.

Ao ser chamada pelo profissional de enfermagem, se dirige ao consultório. Aguarda orientação do profissional para se acomodar na cadeira ou maca. O profissional (aluno de enfermagem) vai fazer algumas perguntas, a paciente deve responder dentro do seguinte contexto:

Depois da última consulta de enfermagem, quando recebeu orientações sobre a doença e uso da insulina, está buscando melhorar seus hábitos de vida. Modificou a frequência e qualidade das refeições, está caminhando 3 vezes por semana das 20h as 21h, mas está passando mal, sentindo tontura e tremores, a última refeição antes do exercício é realizada as 18h (café com pão). Está aplicando a insulina na região do abdômen, mas refere dor durante a aplicação, sangramento em pequena quantidade quando retira a agulha e apresenta área com hematoma (roxo). Se perguntada sobre o rodízio, vai responder que não lembra dessa orientação e que está fazendo a aplicação sempre no mesmo local. Está recuperando o peso, não sente mais cansaço, nem sede em excesso e está urinando normalmente. Algumas vezes quando acordou atrasada para o trabalho, aplicou a insulina e deixou para tomar café no emprego, passou mal no ônibus e teve uma sensação horrível. “Acha que a insulina está fazendo mal”. Está um pouco insegura com o tratamento pois passou mal algumas vezes. Trouxe controle de glicemia que fez (3 vezes por dia da última semana).

O profissional fará o exame físico, poderá verificar: pulsos, pressão arterial, peso, altura, temperatura etc. A paciente poderá questionar qual a importância destes procedimentos.

Quanto ao armazenamento da insulina, está guardando o frasco na geladeira, na gaveta sobre as verduras. Antes de aplicar homogeneiza a

insulina rolando o frasco 20 vezes entre as mãos sem sacudir. Para aspirar a insulina do frasco está inserindo agulha na borrachinha do frasco e aspirando a quantidade prescrita. Para aplicar insere diretamente a agulha no abdômen sem fazer prega cutânea. Depois descarta a seringa em uma garrafa pet (de refrigerante). Para transportar está utilizando um isopor sem gelo.

Estado emocional: ficará feliz se o profissional elogiar a mudança de hábito, demonstrará preocupação com o ganho de peso e com as sensações ruins que sente as vezes (tremores, fraqueza, tonturas).

Possíveis questionamentos para auxiliar na dinâmica da cena:

Será que é a insulina que está fazendo mal? Antes eu não sentia nada e agora quase todo dia eu tenho essas tonturas.

Eu não queria engordar, esse remédio (insulina) engorda?

Por que minha barriga está assim roxa?

Situação Clínica 4

Ator: André Andrade

Personagem: Francisco Andrade, masculino, 60 anos, casado, católico, natural e procedente de Antônio Carlos, SC. Diagnosticado com Hipertensão Arterial e Diabetes tipo 2 há 15 anos.

Informações adicionais: Agricultor aposentado (cultivava milho), mora com esposa e filha de 20 anos em residência própria, renda familiar de aproximadamente 1300,00 R\$, analfabeto, tem histórico familiar de hipertensão e diabetes (pai e mãe), fuma uma carteira de cigarros por dia (20 cigarros), não ingere bebida alcoólica. Não pratica atividade física. Utiliza óculos. Faz uso de medicamentos para diabetes: metformina 850mg depois do almoço e depois da janta; glibenclamida 5mg antes do café da manhã, almoço e janta. Não possui alergia. Faz 4 refeições por dia:

*café da manhã: geralmente às 6h (pão caseiro com nata, doce de banana, broa de milho, rosca de polvilho) Café com leite adoçado com açúcar.

*almoço: geralmente às 12h, (polenta, macarrão, frango ou carne ensopada, batata doce, farinha de mandioca, cenoura, beterraba, tomate, alface) suco de laranja ou limonada adoçado com açúcar.

*lanche da tarde: geralmente às 16h, (repete o café da manhã)

*janta: geralmente às 20h, (repete o almoço) consome frutas de sobremesa: maçã, goiaba, manga ou laranja.

Cena:

Paciente aguarda atendimento na sala de espera do ambulatório do HU.

Ao ser chamado pelo profissional de enfermagem, se dirige ao consultório. Aguarda orientação do profissional para se acomodar na cadeira ou maca. O profissional (aluno de enfermagem) vai fazer algumas perguntas, a paciente deve responder dentro do seguinte contexto:

Paciente tem diabetes há 15 anos, depois da última consulta de enfermagem não está mais esquecendo de tomar as medicações (diz que a esposa está ajudando a lembrar), não está conseguindo modificar a dieta. Não pratica atividade física regular. Fez o controle da glicemia no posto de saúde e trouxe os registros para mostrar para a enfermeira. Está usando um calçado fechado mas não entende muito bem porque isso é necessário. Ouviu um vizinho dizer que se ele começar a usar insulina logo vai ficar cego. Ficou assustado e se diz agora convencido a melhorar os hábitos alimentares e começar a praticar alguma atividade física.

O profissional fará o exame físico, poderá verificar: pulsos, pressão arterial, peso, altura, temperatura etc. A paciente poderá questionar qual a importância destes procedimentos.

Estado emocional: Está bem preocupado com a possibilidade de ter que usar insulina.

Possíveis questionamentos para auxiliar na dinâmica da cena:

Será que vou precisar de insulina?

Esse exame que eu fiz no posto deu bom?

A enfermeira mandou usar sapato fechado, precisa mesmo?

Se eu começar a fazer dieta será que resolve? Eu vou fazer, vou caminhar também... è bom?

A minha pressão será que ta boa?

Situação Clínica 5

Atores: André Andrade e Priscila de Souza Serafim

Personagens: Francisco Andrade, masculino, 60 anos, casado, católico, natural e procedente de Antônio Carlos, SC. Diagnosticado com Hipertensão Arterial e Diabetes tipo 2 há 15 anos. Antônia Andrade (filha de Francisco), 20 anos, vem para acompanhar o pai na consulta e receber orientações do uso da insulina que ele iniciará o uso.

Informações adicionais: Agricultor aposentado (cultivava milho), mora com esposa e filha de 20 anos em residência própria, renda familiar de aproximadamente 1300,00 R\$, analfabeto, tem histórico familiar de hipertensão e diabetes (pai e mãe), fuma uma carteira de cigarros por dia (20 cigarros), não ingere bebida alcoólica. Não pratica atividade física. Utiliza óculos. Faz uso de medicamentos para diabetes: metformina

850mg depois do almoço e depois da janta; glibenclamida 5mg antes do café da manhã, almoço e janta. Não possui alergia. Faz 4 refeições por dia:

*café da manhã: geralmente às 6h (pão caseiro com margarina, doce de banana, broa de milho, rosca de polvilho) Café com leite com Adoçante

*almoço: geralmente às 12h, (polenta, macarrão, frango ou carne ensopada, batata doce, farinha de mandioca, cenoura, beterraba, tomate, alface) suco de laranja ou limonada adoçado com açúcar.

*lanche da tarde: geralmente às 16h, (repete o café da manhã)

*janta: geralmente às 20h, (repete o almoço) consome frutas de sobremesa: maçã, goiaba, manga ou laranja.

Cena:

Paciente aguarda atendimento na sala de espera do ambulatório do HU acompanhado da filha.

Ao ser chamado pelo profissional de enfermagem, se dirige ao consultório juntamente com a filha. Aguarda orientação do profissional para se acomodar na cadeira ou maca. O profissional (aluno de enfermagem) vai fazer algumas perguntas, o paciente deve responder dentro do seguinte contexto:

Paciente tem diabetes há 15 anos, fez acompanhamento da glicemia e modificou alguns hábitos alimentares mas não foi suficiente, o médico prescreveu insulina e agora ele vem para consulta de enfermagem para receber orientação quanto ao seu uso. Está acompanhado da filha pois como tem dificuldade visual e é analfabeto não se sente seguro em realizar as aplicações de insulina sozinho. A filha se chama Antônia e mora com os pais, atualmente está desempregada, tem o segundo grau completo. Se mostra muito preocupada com a saúde do pai e está disposta a colaborar com o tratamento. Já está providenciando o aparelho de medir a glicose, já entregou a solicitação no posto de saúde. Francisco está se sentindo um “peso” para a filha que terá que fazer as aplicações de insulina e medir a glicose todos os dias.

Estado emocional: Francisco está triste, fala pouco. Antônia está preocupada e muito curiosa, quer saber tudo o que deve fazer com detalhes.

Possíveis questionamentos para auxiliar na dinâmica da cena:

Antônia:

Enfermeira, pode me explicar tudo o que é para fazer porque eu vou cuidar do pai, pode deixar!

Me mostra de novo como faz a mistura da insulina porque eu não entendi?

O que meu pai pode comer?

Ele está chateado por que acha que está dando trabalho, mas é minha obrigação cuidar dele não é?

A seringa e a insulina eu pego no posto né?

Francisco:

Eu não queria dar trabalho pra minha filha, mas eu não enxergo muito bem pra fazer isso sozinho.

**APÊNDICE H - CHECKLIST DE ACOMPANHAMENTO DAS
CENAS**

Ações esperadas	Realizado	Dificuldade	Observações
1. Recebe cordialmente o paciente se apresentando como Enfermeiro?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
2. Usa linguagem clara e compreensível?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
3. Explica como será a consulta e quanto tempo levará?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
4. Confere se é a primeira consulta e se o histórico do paciente está registrado no prontuário?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
5. Sendo a primeira consulta inicia a Coleta de dados de identificação, dados sócio-econômicos, ocupação moradia, religião, antecedentes familiares de doenças	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
7. Questiona medicamentos em uso e presença de efeitos colaterais?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
8. Quanto aos hábitos de vida, questiona sobre: Fatores de risco (tabagismo, alcoolismo, obesidade, dislipidemia, sedentarismo e estresse)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
9. Alimentação?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
10. Sono e repouso?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
11. Higiene?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
12. Funções fisiológicas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
13. Queixas atuais?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
14. Percepção do cliente frente à patologia, tratamento e autocuidado?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
15. Propicia espaço para que o paciente se expresse?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
16. Escuta atentamente cada resposta do paciente e anota os	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

problemas a serem trabalhados?			
17. Ao exame físico: explica ao paciente o que será realizado?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
18. Checa aparência pessoal?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
19. Altura, peso corporal, cintura e IMC?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
20. Pressão arterial sentado e deitado?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
21. Frequência cardíaca e respiratória?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
22. Pulso radial e carotídeo?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
23. Alterações de visão (dificuldade para enxergar, ler, dor ou desconforto, data da último exame oftálmico) ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
24. Pele (integridade, turgor, coloração e manchas)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
25. Cavidade oral (dentes, prótese, queixas, dores, desconfortos, data do último exame odontológico)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
26. Tórax (ausculta cardiopulmonar) e abdômen?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
27. MMSS e MMII (unhas, dor, edema, pulsos pediosos e lesões)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
28. Articulações (capacidade de flexão, extensão, limitações de mobilidade, edemas)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
29. Pés (bolhas, sensibilidade, ferimentos, calosidades e corte da unhas)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
30. Avalia o grau de risco dos pés de diabéticos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
31. Diagnóstico: identifica os problemas e preocupações apresentadas pelo paciente na consulta?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
32. Planejamento: Estabelece metas com o paciente para superação ou minimização dos problemas apresentados?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
33. Objetiva resultados concretos e mensuráveis?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

34. Busca incluir a família no alcance destes resultados?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
35. Estimula o auto-cuidado?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
36. Faz recomendações compatíveis com a realidade sócio-econômica do paciente?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
37. Respeita aspectos culturais do paciente?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
38. Encaminha o paciente a outro profissional e busca atendimento interdisciplinar se necessário?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
39. Faz referência e/ou contra referência com demais níveis de atenção à saúde?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
40. Certifica-se de que o paciente realmente entendeu as recomendações?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
41. Orienta o paciente quando será sua próxima consulta de enfermagem?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
42. Registra a consulta de forma sistematizada no prontuário?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
43. Avaliação: determina o quanto as metas das últimas consultas foram atingidas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
44. Elogia e incentiva o progresso mesmo que pequeno do paciente?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
45. Observa mudanças entre as consultas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

APÊNDICE I - PRONTUÁRIOS FICTÍCIOS CONSTRUÍDOS PARA O ESTUDO

Prontuário 1: Maria de Souza, 20 anos, solteira, católica, ensino fundamental completo, natural e residente do bairro Canasvieiras em Florianópolis. Foi admitida no dia 26/04/13 na emergência do HU inconsciente trazida pelo SAMU. Sinais vitais: PA 100x50, FC: 128 bpm, FR: 28 mrpm, T 36,0° C, Sat O₂ 99%, HGT 430 mg/dl. Diagnóstico médico: Cetoacidose Diabética - Diabetes Mellitus tipo 1. Encaminhada ao ambulatório para avaliação de enfermagem e orientação quanto ao uso de insulina (NPH – 20U antes do café da manhã e 10U antes do jantar). (Prontuário fictício1)

Prontuário 2: Francisco Andrade, 60 anos, casado, católico, natural e procedente de Antônio Carlos – SC. HAS, DM2 há 15 anos. HGT: 220 mg/dl, HbA1c 8,5%. Orientado sobre a importância de utilizar a medicação prescrita, iniciar atividade física e controlar a alimentação. Solicito monitorização da glicemia capilar 3 x na semana em jejum (8 a 10 horas). Retorno em 15 dias para avaliação da necessidade de iniciar insulino terapia. Medicções prescritas: Metformina 850mg 2 x ao dia, Glibenclamida 5mg 3x ao dia, Atenolol 50mg 1x ao dia.(Prontuário fictício 2)

APÊNDICE J – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós Saionara Nunes de Oliveira e Marta Lenise do Prado, responsáveis pela pesquisa **“Simulação Clínica em Enfermagem: Potencialidade do uso de atores nesse processo”** estamos fazendo um convite para você participar como voluntário deste estudo. Esta pesquisa pretende analisar como a Simulação Clínica com uso de atores pode favorecer o processo de ensino aprendizagem de alunos de enfermagem. Acreditamos que ela seja importante para a melhoria da formação dos profissionais de enfermagem e conseqüentemente da segurança dos pacientes. Para sua realização será feito o seguinte: um cenário simulado de consulta de enfermagem ambulatorial a paciente diabético será montado com a participação de atores. O grupo será formado por até 5 alunos e cada aluno terá um caso clínico diferente para atender. Sua participação consistirá em: realizar a consulta de enfermagem ao paciente simulado (as cenas serão gravadas em áudio e vídeo para posterior análise do grupo) e acompanhar a realização da consulta efetuada pelos demais alunos, assim como participar das discussões do grupo ao final de cada simulação e responder a uma entrevista após a simulação clínica e depois de ter concluído a atividade teórico-prática na disciplina “O Cuidado no Processo de Viver Humano I” no Ambulatório de Diabetes. Os riscos oferecidos por esta pesquisa são mínimos e estão relacionados ao desconforto que poderá ser gerado pela sua atuação enquanto enfermeiro frente a um paciente simulado. Você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação, pela sua decisão. As informações desta pesquisa serão confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Os registros realizados, incluindo as gravações de áudio e vídeo serão utilizados exclusivamente para esta pesquisa, ficando arquivados sob a guarda das pesquisadoras por 5 anos. Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato, com alguma das pesquisadoras ou com o Conselho de Ética em Pesquisa.

Autorização:

Eu, _____
_____, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, incluindo a gravação de minha imagem, e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto expresse minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo.

Assinatura do voluntário ou de seu representante legal

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste voluntário (ou de seu representante legal) para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

Saionara Nunes de Oliveira

E-mail: saionaranunes@gmail.com

Telefone: (48) 99425620

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC

Continuação do Parecer: 270.848

Na atual fase do Processo foram anexadas duas declarações de concordância com o projeto na UFSC, por parte da Subcoordenação do Curso de Graduação em Artes Cênicas (CCE-UFSC) e do Depto. de Enfermagem (CCS-UFSC), e uma carta-resposta dirigida ao CEP.

Recomendações:

Não se aplica, na presente fase do Processo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Em resposta à solicitação do CEPESH, foi apresentada Declaração da Coordenação do Curso de Artes Cênicas da UFSC, de ciência e concordância quanto a participação voluntária dos graduandos do Curso como colaboradores no projeto.

Considerando que a proposta reapresentada na forma atual se encontra adequadamente fundamentada, contendo documentação e demais informações pertinentes à questão ética, em conformidade com os termos da legislação que trata da participação de seres humanos em pesquisa, encaminhado voto Favorável à Aprovação do Projeto em tela.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Considerando que a proposta reapresentada na forma atual se encontra adequadamente fundamentada, contendo documentação e demais informações pertinentes à questão ética, em conformidade com os termos da legislação que trata da participação de seres humanos em pesquisa, encaminhado voto Favorável à Aprovação do Projeto em tela.

FLORIANOPOLIS, 13 de Maio de 2013

Assinador por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br