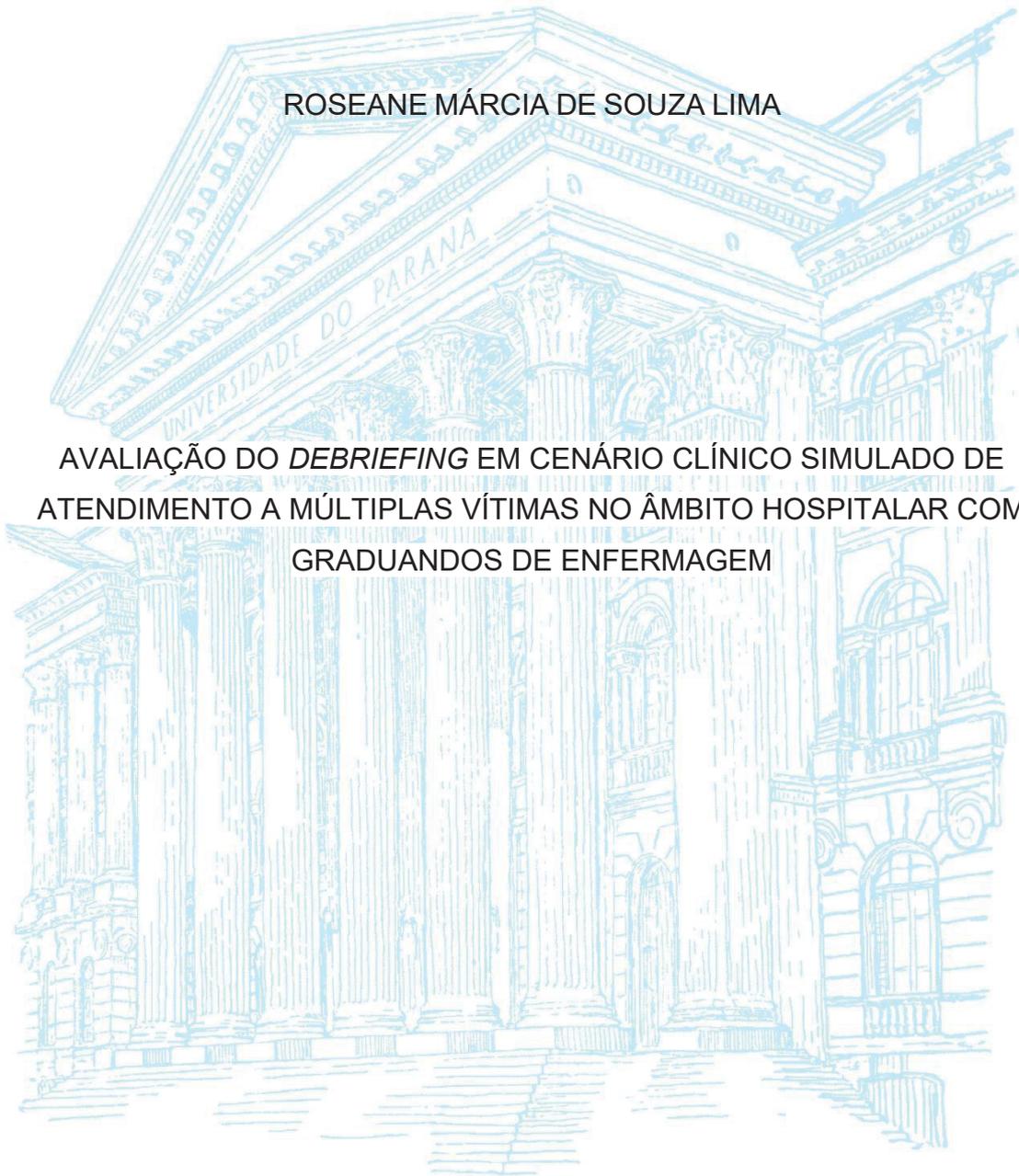


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ROSEANE MÁRCIA DE SOUZA LIMA

AVALIAÇÃO DO *DEBRIEFING* EM CENÁRIO CLÍNICO SIMULADO DE
ATENDIMENTO A MÚLTIPLAS VÍTIMAS NO ÂMBITO HOSPITALAR COM
GRADUANDOS DE ENFERMAGEM



CURITIBA

2023

ROSEANE MÁRCIA DE SOUZA LIMA

AVALIAÇÃO DO *DEBRIEFING* EM CENÁRIO CLÍNICO SIMULADO DE
ATENDIMENTO A MÚLTIPLAS VÍTIMAS NO ÂMBITO HOSPITALAR COM
GRADUANDOS DE ENFERMAGEM

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, vinculado à linha de pesquisa Políticas e Práticas de Educação, Saúde e Enfermagem, como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Fernanda Moura D'
Almeida Miranda

Coorientadora: Prof^a Dr^a Marineli Joaquim Meier

CURITIBA

2023

Lima, Roseane Márcia de Souza

Avaliação do *debriefing* em cenário clínico simulado de atendimento a múltiplas vítimas no âmbito hospitalar com graduandos de enfermagem [recurso eletrônico] / Roseane Márcia de Souza Lima – Curitiba, 2023.

1 recurso online : PDF

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2023.

Orientador: Profa. Dra. Fernanda Moura D'Almeida Miranda
Coorientador: Profa. Dra. Marineli Joaquim Meier

1. Enfermagem em emergência. 2. Desastres. 3. Exercício de simulação.
4. Pacientes. 5. Educação em enfermagem. I. Miranda, Fernanda Moura D'Almeida.
II. Meier, Marineli Joaquim. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 616.025



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM -
40001016045P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **ROSEANE MÁRCIA DE SOUZA LIMA** intitulada: **AValiação DO DEBRIEFING EM CENÁRIO CLÍNICO SIMULADO DE ATENDIMENTO A MÚLTIPLAS VÍTIMAS NO ÂMBITO HOSPITALAR COM GRADUANDOS DE ENFERMAGEM**, sob orientação da Profa. Dra. FERNANDA MOURA D'ALMEIDA MIRANDA, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 30 de Março de 2023.

Assinatura Eletrônica

31/03/2023 12:10:41.0

FERNANDA MOURA D'ALMEIDA MIRANDA
Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

04/04/2023 10:39:17.0

CARINA BORTOLATO MAJOR
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE DO
PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

06/04/2023 16:41:35.0

ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

01/04/2023 11:14:36.0

MARINELI JOAQUIM MEIER
Coorientador(a) (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)



Av. Prof. Lothario Meissner, 632, 3º andar - CURITIBA - Paraná - Brasil
CEP 80210170 - Tel: (41) 3361-3756 - E-mail: ppgenf@ufpr.br

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 270961

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.prppg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp>
e insira o código 270961

Dedico este trabalho a Santíssima Trindade, a Virgem Maria santíssima, aos Arcanjos Miguel, Rafael e Gabriel por estarem em todos os momentos comigo, a minha Mãe Rosa Maria de Souza Lima meu PORTO SEGURO e a Professora Dr^a Marineli Joaquim Meier pelo carinho, respeito, amizade, suporte educacional e emocional na construção de todo processo da Dissertação.

AGRADECIMENTO

Primeiramente, agradeço a Santíssima Trindade, a Virgem Maria santíssima, aos Arcanjos (Miguel, Rafael e Gabriel) por estarem em todos os momentos comigo.

A minha Mãe que é meu amor incondicional, minha fonte de inspiração por ser uma mulher forte e guerreira, meu porto seguro.

A Professora e Doutora Cristina Berger Fadel do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), as Enfermeiras do CHC-UFPR Rita Lages e Danieli Parreira pela Amizade, incentivo e orientações no pré-projeto para ingresso ao Mestrado acadêmico em Enfermagem na Universidade Federal do Paraná (UFPR).

A secretária do Programa de Pós-graduação em Enfermagem Cinthia Ruriko Sakagami pelo carinho, apoio, orientações, direcionamento quando me sentia deslocada no Mestrado e pelo tratamento caloroso e humanizado em todos os momentos que precisei.

A Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem Prof.^a Dr.^a Silvana Regina Rossi Kissula Souza por sempre acolher e escutar.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de pessoal de nível superior - CAPES, pelo suporte financeiro com a concessão da bolsa.

A Doutora em simulação clínica e empreendedora do @simulahealth Ana Paula Almeida Corrêa primeiramente pela amizade, pelo suporte emocional em não desistir, e concretizar meu sonho em ser Mestre, por sempre incentivar a buscar crescer na área de simulação e pelo compartilhamento de informações com suas *lives* maravilhosas.

À minha Orientadora Prof.^a Dr.^a Fernanda Moura D'Almeida Miranda por aceitar o desafio de uma orientação no meio da caminhada, em uma outra área, doar um Cenário simulado da Disciplina da Saúde do Adulto e Idoso para que pudesse ter material para coleta, pelo carinho com que me acolheu em seu grupo de pesquisa, pela forma honesta, humanizada e educada que me trata e pela Amizade construída.

A minha coorientadora Prof.^a Dr.^a Marineli Joaquim Meier por estar sempre comigo, por acreditar em mim, mesmo em momentos que eu desacreditava, por fortalecer minha Fé, pelas orientações incansáveis e por emponderar-me, pela dedicação total ao meu trabalho em todos os momentos, sem sombra de dúvidas uma MESTRE INESQUECÍVEL, gratidão pela amizade e carinho.

A Doutora Camila Marinelli Martins por ter contribuído com as inúmeras orientações, esclarecimentos e organizações na parte estatística da minha pesquisa.

Ao Ortopedista Cristiano Gatelli e sua secretária Avany Teixeira por terem sido luz no primeiro ano do Mestrado, em que fui acometida com crises de Hérnia de disco, quando me via desolada, passaram do profissionalismo e foram humanos, cristãos e hoje meus irmãos.

Aos amigos do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPR (PPGENF-UFPR) Mestrandos: Emanuele Silva, Marcos Rocha e a Doutoranda Ana Elizabeth Carvalho pela amizade, escuta ativa, acolhimento e irmandade na fase que é um “divisor de águas”.

As Enfermeiras do laboratório de simulação da PPGENF- UFPR Hévila Araújo e Michele Andrade pela acolhida, pelos ensinamentos nas montagens dos cenários e amizade.

Aos Graduandos de Enfermagem do 5º período 2022.1 da UFPR por terem contribuído com a pesquisa.

Aos membros da banca gratidão por aceitarem o convite na participação da defesa da Dissertação.

Enfim, agradeço a todas as pessoas que de maneira significativa, contribuíram para que conseguisse alcançar o meu escopo final: “CONCLUIR O MESTRADO”, aos que de alguma forma tentaram de maneira insignificante atrapalhar meu percurso no Mestrado, agradeço também; pois, através disso me tornei mais forte, obtive mais conhecimento e aprendi que obstáculos são treinamentos ostensivos para CAMPEÕES. Gratidão!

“Educar verdadeiramente não é ensinar fatos novos ou enumerar fórmulas prontas, mas sim preparar a mente para pensar”.

(Albert Einstein)

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa vinculada a linha de pesquisa de Políticas e Práticas de Educação, Saúde, Enfermagem e ao projeto guarda-chuva intitulado “Simulação Clínica Multiprofissional: Criação e Validação de Modelos, Cenários e Instrumentos de Avaliação”. A pesquisa foi desenvolvida por meio da avaliação do *debriefing* no cenário clínico simulado com múltiplas vítimas no âmbito hospitalar com graduandos de Enfermagem, cujo objetivo foi analisar a contribuição do *debriefing* no aprendizado do cenário simulado de atendimento a múltiplas vítimas com graduandos de enfermagem. O método utilizado foi quantitativo com delineamento descritivo e transversal como resultados destaca-se na caracterização do perfil dos participantes que a maioria se congratula no sexo feminino e com idade 20-30 anos. Na avaliação das escalas do *debriefing*: Escala de Experiência do *Debriefing*: aponta-se destaque na concordância que o *debriefing* ajudou a analisar seus pensamentos; ajudou a fazer conexões na aprendizagem; professor permitiu tempo suficiente para verbalizar os sentimentos antes dos comentários; que tiveram tempo suficiente para esclarecer os questionamentos e que o professor realizou uma avaliação construtiva da simulação durante o *debriefing*. *Em relação a Escala de avaliação do debriefing associado a simulação*: evidenciou-se que a maior parte dos graduandos concordaram que o *debriefing* identificou dificuldades na atuação; que foca nos aspectos importantes da atuação; refleti as minhas competências; identifica aspectos que se deve melhorar em atuações futuras e discordam em não querer participar em mais nenhuma simulação; em se sentir desrespeitado e em sentir que foi uma perda de tempo. Conclui-se que a contribuição a partir dos resultados das escalas de avaliação é importante para atuação dos futuros Enfermeiros através das boas práticas de Enfermagem conforme as normas de segurança do paciente. A relevância da contribuição do *debriefing* constatado a partir dos resultados das escalas de avaliação é importante para o desenvolvimento de habilidades técnicas e comunicativas, competências assistenciais de maneira interdisciplinar. O caráter inovativo da pesquisa: uso de metodologias ativas por meio da simulação clínica. A replicabilidade e impacto social do tema de atendimento de múltiplas vítimas no âmbito hospitalar pode ser aplicado em novas capacitações por meio da simulação clínica com graduandos e profissionais da área da saúde, para que consigam obter conhecimento sobre os cuidados em atendimento em massa com incêndio e como proceder nestas eventualidades.

Palavras-chave: avaliação do *debriefing*; múltiplas vítimas; desastres; enfermagem em emergência; treinamento em simulação clínica; vítima em massa; educação em enfermagem.

ABSTRACT

This research is linked to the research line of Education, Health, and Nursing Policies and Practices and to the umbrella project entitled "Multiprofessional Clinical Simulation: Creation and Validation of Models, Scenarios, and Assessment Instruments". The research was developed through the evaluation of debriefing in the simulated clinical scenario with multiple victims in the hospital environment with undergraduate nursing students, whose objective was to analyze the contribution of debriefing in learning the simulated scenario of care to multiple victims with undergraduate nursing students. The method used was quantitative with a descriptive and transversal design. The results highlight in the characterization of the participants' profile that most of them are female and aged 20-30 years. In the evaluation of the debriefing scales: Debriefing Experience Scale: it is highlighted in the agreement that the debriefing helped to analyze their thoughts; helped to make connections in learning; teacher will allow enough time to verbalize feelings before comments; that they had enough time to clarify the questions and that the teacher made a constructive evaluation of the simulation during the debriefing. In relation to the Rating scale of the debriefing associated to the simulation: it was evident that most undergraduate students agreed that the debriefing identified difficulties in the performance; that it focused on important aspects of the performance; that it reflected my skills; that it identified aspects that should be improved in future performances, and disagreed on not wanting to participate in any further simulation; on feeling disrespected, and on feeling that it was a waste of time. We conclude that the contribution from the results of the evaluation scales is important for the performance of future Nurses through good Nursing practices according to patient safety standards. The relevance of the contribution of the debriefing verified from the results of the evaluation scales is important for the development of technical and communicative skills, and care competencies in an interdisciplinary way. The innovative character of the research: use of active methodologies through clinical simulation. The replicability and social impact of the topic of multiple victim assistance in the hospital setting can be applied in new training courses through clinical simulation with undergraduate students and health professionals, so that they can obtain knowledge about care in mass care with fire and how to proceed in these eventualities.

Keywords: debriefing assessment; multiple victims; disasters; emergency nursing; clinical simulation training; mass casualty; nursing education.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1- Estratégias de Simulação/Níveis de Fidelidade e Conceitos.....	25
QUADRO 2- Distribuição dos Elementos da <i>The NLN Jeffries Simulation Theory</i> , Brasil, 2022.....	29
QUADRO 3- Métodos do <i>Debriefing</i> , Descrição e Autor.....	34
QUADRO 4- Técnica de <i>Debriefing</i> , Descrição e Autor.....	34
QUADRO 5- Etapas para o Atendimento com Múltiplas Vítimas.....	39
QUADRO 6- Métodos De Triagem para Atendimento de Múltiplas Vítimas.....	41
QUADRO 7- Classificação do Paciente Segundo o Protocolo <i>START</i>	44
QUADRO 8- Planejamento das Estações, Participantes e Atores na Dinâmica da Simulação	50
QUADRO 9- Fases da Simulação no Cenário de Atendimento a Múltiplas Vítimas no Âmbito Hospitalar com Graduandos de Enfermagem.....	51
QUADRO 10- Composição nos Laboratórios de Práticas e Cuidados de Enfermagem De Uma Universidade Pública do Sul do BRASIL.....	53
QUADRO 11- Divisão da Escala da Experiência do <i>Debriefing</i> (EED) Segundo os Fatores Avaliados	57
QUADRO 12- Divisão da Escala de Avaliação do <i>Debriefing</i> Associado a Simulação (EADas) Segundo os domínios Avaliados.....	58
QUADRO 13- Comparação dos Resultados dos itens do fator 2(aprendendo e fazendo conexões) comparados aos estudos de Pacheco; Aleluia; Sestelo (2022); Dias (2019) e Rodrigues et al, (2016)	76
QUADRO 14- Comparação dos Resultados dos itens 18,19 e 20 do fator 4 (Orientação apropriada do Professor) comparado aos estudos de Rodrigo et al., (2019); Dias (2019) e Klippel et al., (2020)	79
QUADRO 15- Comparação dos Resultado dos itens dos valores psicossocial nos estudos das autoras Bortolato-Major et al., (2019); Rosa et al., (2020) e Bucco (2021)	82
QUADRO 16- Comparação dos Resultados dos itens do valor cognitivo dos estudos de Bortolato -Major et al., (2019), Rosa et al., (2020) e Bucco (2021)	84

QUADRO 17- Comparação dos Resultados de Concordância dos itens do valor afetivo dos estudos de Bortolato -Major et al., (2019), Rosa et al., (2020) e Bucco (2021)	86
QUADRO 18- Comparação dos Resultados de Discordância dos itens do valor afetivo dos estudos de Bortolato -Major et al., (2019), Rosa et al., (2020) e Bucco (2021)	86

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1- <i>The NLN Jeffries Simulation Theory</i>	30
FIGURA 2- Zonas De Segurança Com Incidente A Múltiplas Vítimas.....	40
FIGURA 3- Fluxograma da Triagem no Atendimento em Múltiplas Vítimas	41
FIGURA 4- <i>Layout</i> da pesquisa: Avaliação do <i>Debriefing</i> em Cenário Clínico Simulado de Atendimento a Múltiplas Vítimas no Âmbito Hospitalar com Graduandos de Enfermagem no contexto do projeto guarda-chuva: Simulação Clínica Multiprofissional: Criação e Validação de Modelos, Cenários e Instrumentos de Avaliação (2021), associado ao plano de aula da Simulação 7 da Disciplina de Enfermagem em Saúde do Adulto e Idoso (2022)	48
FIGURA 5- <i>Layout</i> da operacionalização da Pesquisa.....	49

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- Análise Descritiva das Variáveis Sociodemográficas.....	60
TABELA 2- Análise Descritiva das Frequências dos Fatores sobre a Experiência do <i>Debriefing</i> Analisando os Pensamentos e Sentimentos	61
TABELA 3- Análise Descritiva das Frequências dos Fatores Sobre a Experiência do <i>Debriefing</i> Aprendendo e Fazendo Conexões.....	62
TABELA 4- Análise Descritiva das Frequências dos Fatores Sobre a Experiência do <i>Debriefing</i> na Habilidade do Professor.....	63
TABELA 5- Análise Descritiva das Frequências dos Fatores Sobre a Experiência do <i>Debriefing</i> na Orientação Apropriada do Professor.....	64
TABELA 6- Análise Estatística dos Fatores dos Fatores sobre a Experiência do <i>Debriefing</i>	64
TABELA 7- Coeficientes De Correlação (Cor) e P-Valor Entre os Escores dos Fatores Sobre a Experiência do <i>Debriefing</i>	65
TABELA 8-. Análise Descritiva das Frequências DO Domínios Acerca das Emoções do Valor psicossocial	66
TABELA 9- Análise Descritiva das Frequências DO Domínios Acerca das Emoções do Valor Cognitivo.....	68
TABELA 10- Análise Descritiva das Frequências Domínios Acerca das Emoções do Valor Afetivo.....	69
TABELA 11- Análise Estatística dos Domínios Acerca das Emoções	70
TABELA 12- Coeficientes de Correlação (Cor) e P-Valor Entre os Escores dos Domínios Acerca das Emoções.....	71
TABELA 13- Coeficientes de Correlação (Cor) E P-Valor Entre os Escores Fatores Sobre a Experiência do <i>Debriefing</i> e Entre os Escores dos Domínios Acerca das Emoções.....	71

LISTA DE SIGLAS

AHA	AMERICAN HEART ASSOCIATION
AMUVIAH	ATENDIMENTO A MÚLTIPLAS VÍTIMAS NO ÂMBITO HOSPITALAR
ATLS	<i>Advanced Trauma Life</i>
UFPR	UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
CEP	COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA
CEPE	COMISSÃO DE ENSINO PESQUISA E EXTENSÃO
CHC-UFPR	COMPLEXO HOSPITALAR DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
CNS	CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
COR	CORRELAÇÃO
EADAS	ESCALA DE AVALIAÇÃO DO <i>DEBRIEFING</i> ASSOCIADO A SIMULAÇÃO
EED	ESCALA DE EXPERIÊNCIA COM O <i>DEBRIEFING</i>
GAS	<i>GATHER-ANALYZE-SUMMARIZE</i>
GEMSA	<i>GRUPO DE ESTUDOS MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DO ADULTO</i>
HJB	<i>HOSPITAL JARDIM BOTÂNICO</i>
INACSL	<i>INTERNATIONAL NURSING ASSOCIATION FOR CLINICAL SIMULATION AND LEARNING</i>
OSAD	AVALIAÇÃO ESTRUTURADA OBJETIVA DO <i>DEBRIEFING</i>
PADI	INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO POR PARES
PEARLS	<i>PROMOTING EXCELLENCE AND REFLECTIVE LEARNING IN SIMULATION</i>
PHTLS	<i>Prehospital Trauma Life Support</i>
PNSP	Programa Nacional De Segurança Do Paciente
PPGENF	Programa De Pós-Graduação Em Enfermagem
SAMU	Serviço De Atendimento Móvel De Urgência
START	<i>Simple Triage And Rapid Treatment</i>
TCLE	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
THE NLN	<i>The National League For Nursing</i>
WHO	<i>WORLD HEALTH ORGANIZATION</i>

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	16
1.1 OBJETIVOS.....	23
1.1.1 Objetivo geral.....	23
1.1.2 Objetivo específico.....	23
2.REVISÃO DE LITERATURA	24
2.1. SIMULAÇÃO CLÍNICA NA EDUCAÇÃO DE GRADUANDOS E PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE.....	24
2.2. <i>DEBRIEFING</i>	32
2.3. ATENDIMENTO A MÚLTIPLAS VÍTIMAS.....	38
2. 4 SIMULAÇÃO NO INCIDENTE COM MÚLTIPLAS VÍTIMAS	44
3.MÉTODO.....	47
3.1. TIPO DE PESQUISA.....	52
3.2. ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	52
3.3. LOCAL DO ESTUDO	53
3.4. POPULAÇÃO E AMOSTRA	55
3.5. COLETA DOS DADOS E INSTRUMENTOS.....	56
3.5.1. Avaliação.....	56
3.5.2. Instrumentos de Coleta de Dados.....	56
3.5.2.1. Questionário Sociodemográfico.....	57
3.5.2.3. Escala de Experiência com <i>Debriefing</i>	57
3.5.2.4. Escala de Avaliação do <i>Debriefing</i> Associação a Simulação.....	58
3.6. ANÁLISE DOS DADOS E VARIÁVEIS.....	58
4. RESULTADOS.....	60
4.1 DADOS QUANTITATIVOS.....	60
4.1.1 Perfil dos participantes da pesquisa.....	60
4.1.2 Análise das escalas EED e EADas.....	61
4.1.3 Escala de Experiência do <i>Debriefing</i>	61
4.1.4 Escala de Avaliação do <i>Debriefing</i> associado a Simulação.....	66
5. DISCUSSÃO	73
5.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES.....	73
5.3 ANÁLISE DAS ESCALAS DE AVALIAÇÃO DO <i>DEBRIEFING</i>	74
5.3.1 Escala de Experiência do <i>Debriefing</i>	74

5.3.2 Escala de Avaliação do <i>Debriefing</i> Associado a Simulação.....	81
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
6.1 RECOMENDAÇÕES PARA PRÁTICA.....	90
6.2 RECOMENDAÇÕES PARA PESQUISA.....	91
6.3 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	91
6.4 INOVAÇÃO E IMPACTO SOCIAL	92
7 REFERÊNCIAS.....	94
APÊNDICE.....	113
APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	113
APÊNDICE 2 -TERMO DE SOLICITAÇÃO DE USO DE IMAGEM E SOM DE VOZ PARA PESQUISA.....	115
APÊNDICE 3 -QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO.....	116
ANEXOS.....	117
ANEXO 1 - ESCALA DE EXPERIÊNCIA COM <i>DEBRIEFING</i> (EED).....	117
ANEXO 2 - ESCALA DE AVALIAÇÃO DO <i>DEBRIEFING</i> ASSOCIADO A SIMULAÇÃO (EADaS).....	118
ANEXO 3 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	119
ANEXO 4- ROTEIRO DE SIMULAÇÃO NO ATENDIMENTO A MÚLTIPLAS VÍTIMAS NO ÂMBITO HOSPITALAR.....	129

1. INTRODUÇÃO

No intuito de reduzir o quantitativo de agravos ocasionados por eventos adversos aos pacientes e, conseqüentemente proporcionar mais segurança, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) na qual elenca as atribuições de prevenção, promoção e implementação de cuidados voltados a segurança dos pacientes (BRASIL, 2013).

Dentre as ações desenvolvidas para amplificar a segurança dos pacientes, destaca-se um estudo experimental com abordagem quantitativa, realizado com 82 graduandos de Enfermagem de instituições de ensino superior pública e privada, ao qual destacou a simulação clínica como um método de educação transformadora, em que possibilita o aprimoramento do conhecimento e das habilidades dos graduandos, tornando-os mais seguros em seus posicionamentos durante a assistência (OLIVEIRA, 2017).

Em virtude da segurança na assistência, considera-se o cotidiano na aplicabilidade da simulação clínica como estratégia didática para a área da saúde (Seam et al.,2019). O método da simulação clínica tem sido amplamente disseminado e apontado como pertinente na capacitação e qualificação das diversas categorias de profissionais em saúde dentre elas a enfermagem (BELTRÃO; JÚNIOR, MONTENEGRO, 2022),

Os estudos de Filho; Pazin; Scarpelini (2007) e Jensen; Kushniruk; Nohr (2015) apresentam evidências científicas que a educação, por meio da simulação clínica, permite que os profissionais desenvolvam habilidades e competências¹ clínicas sem pôr em risco a vida dos pacientes; colabora na comunicação qualificada em equipe e favorece significativamente o exercício profissional.

Os cenários em que ocorrem as simulações clínicas permitem a progressão da aprendizagem por meio de um local seguro e estruturalmente controlado por um facilitador (OLIVEIRA; PRADO; KEMPFER, 2014).

Jeffries (2005) define a simulação clínica como uma atividade projetada em cenários verossimilhantes à realidade, capazes de reproduzir situações reais com auxílio de suportes tecnológicos, simuladores e técnicas interativas para promover o

¹Competência: capacidade de realizar um papel ou habilidade específica com base em critérios padronizados (INACSL, 2016).

desenvolvimento cognitivo e pensamento crítico em situações realísticas aos participantes.

O delineamento dos recursos tecnológicos no cenário e o tipo de simulação precisam estar alinhados aos objetivos da prática simulada para que os participantes tenham experiências próximas à realidade, a fim de aprender as competências clínicas necessárias para sua formação (MAZZO *et al.*, 2019).

A aplicabilidade dos recursos tecnológicos empregados na simulação clínica varia de acordo com o uso dos simuladores², estes são com suporte de *softwares*, simulação com dramatização ou *role play*³ utilização de paciente simulado ou padronizado ou modalidade híbrida (NEGRI *et al.*, 2017).

Para proporcionar mais realismo às experiências simuladas, abordam o uso do *moulage*⁴ como uma técnica empregada aos simuladores anatômicos ou em pacientes simulados, ao qual permite hipersensibilidade e percepções sensoriais dos participantes durante as práticas dos diversos cenários simulados (MESKA *et al.*, 2021).

A *International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning* (INACSL, 2016, p.51), orienta as normas de boas práticas e elenca o *design* da simulação, os resultados e objetivos, a facilitação, o *debriefing*⁵, a avaliação do participante, a educação interprofissional aprimorada e o glossário de simulação⁶ como elementos essenciais no processo de ensino aprendizagem, para que se alcance o seu escopo, e colabore na segurança dos pacientes.

O desenvolvimento da simulação clínica ocorre em momentos distintos: *briefing*, simulação e *debriefing*. As instruções teóricas ocorrem em conformidade com a temática; apresentação do cenário; explanação dos objetivos e da dinâmica a ser

²Simulador: são manequins ou peças anatômicas que imitam um paciente real ou partes dele; estes, são definidos em níveis de fidelidade (baixa, média ou alta) a depender da proposta que se pretende alcançar com os participantes (INACSL, 2016).

³A dramatização advém do inglês, denominado *role playing* que aborda a representação de fatos reais na ótica do teatro e tem sido bastante utilizada no meio educacional, a fim de provocar mudança de cognitivo-comportamental, ao incorporarem papéis vividos por outras pessoas, ou roteirizados, experimentam emoções nas cenas das práticas simuladas em um cenário fictício (INACSL, 2016).

⁴O *moulage* é uma técnica que utiliza efeitos especiais por meio de maquiagens em simuladores, parte de peças anatômicas ou em pacientes simulados para imitar feridas (contusões, sangue, incisões, hematomas), modificar idade e algumas características clínicas no cenário da simulação clínica (INACSL, 2016).

⁵*Debriefing*: processo reflexivo realizado após um cenário ou experiência baseada em simulação, conduzido por um facilitador treinado. No *debriefing*, é encorajado o pensamento reflexivo dos participantes para que tenham compreensão do conhecimento e transfiram essa aprendizagem para situações futuras reais (INACSL, 2016).

⁶Conjunto de termos utilizados na área de conhecimento da simulação clínica (INACSL, 2016).

simulada, sendo denominada *briefing*⁷. A simulação propriamente dita que é o momento ao qual os participantes irão desenvolver a dinâmica, utilizando as informações fornecidas no *briefing*, e por fim, o momento do *debriefing* em que ocorre autorreflexão e análise das estratégias desenvolvidas no cenário simulado (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

De acordo com Coutinho, Lobão e Gonçalves (2014)⁸, o *debriefing* é imprescindível para o aprendizado com prática simulada. A expressão “coração e a alma” referida pelos autores Baldwin (2007) e Gaba *et al.*, (2007), é resgatada por Coutinho, Lobão e Gonçalves (2014) e Coutinho (2016) para intensificar a importância do momento de reflexão e autoavaliação das ações desenvolvidas com experiências clínicas na simulação.

O *Debriefing* desperta os participantes para mudança de comportamento e tomada de decisões. Destaca-se a relevância do *debriefing* na consolidação do processo de aprendizagem, sendo este o objeto de estudo desta pesquisa (Coutinho; Lobão; Gonçalves, 2014; Coutinho, 2016).

Frequentemente as reflexões discursivas no *debriefing* ocorrem com as seguintes etapas: “reação, análise e resumo”, sendo a cada uma delas atribuídas experiências emocionais individualizadas e retrospectiva mental das condutas desenvolvidas na simulação e aglutinam a aprendizagem por meio dos debates verbais entre os participantes (RUDOLPH *et al.*, 2008, p.4,5).

Para que a verbalização e as reflexões ocorram, ressalta-se a importância do ambiente tranquilo e psicologicamente seguro⁹ a fim de propiciar uma discussão ativa e reflexiva entre os participantes e o facilitador, de forma a corroborar na proposta da aprendizagem do cenário desenvolvido e aplicado (COUTINHO, LOBÃO, GONÇALVES, 2014; COUTINHO, 2016).

⁷*Briefing* ou *Pré-Briefing*: atividade realizada antes do início da simulação. No *briefing* ou *Pré-Briefing*, os participantes revisam os objetivos de aprendizagem e recebem informações preparatórias essenciais sobre o cenário de simulação (incluindo duração, cenário propriamente dito, entre outras), instruções sobre manuseio dos equipamentos e simuladores, papéis e diretrizes, permite o estabelecimento de um ambiente seguro que facilitará o alcance dos objetivos pretendidos (INACSL, 2021).

⁸O artigo Coutinho, Lobão e Gonçalves, 2014, é um capítulo da tese de Doutorado, intitulado: Impacto do *debriefing* associado a práticas simuladas no desenvolvimento de competências em Estudantes de Enfermagem, defendido por Coutinho (2016).

⁹Ambiente seguro de aprendizagem, são locais criados para realizar as experiências com simulação de maneira interativa entre os participantes livre de riscos ou danos de qualquer natureza (INACSL, 2021).

Uma revisão integrativa de literatura realizada em 2018, que buscou métodos e técnicas de *debriefing* nas bases de dados e evidenciou que as mais adotadas na simulação nos cursos de graduação em enfermagem são:

Debriefing; Meaningful; learning; debriefing; based on principles of transfer of learning; debriefing model of clinical reasoning; debriefing interprofessional, debriefing com bom julgamento e debriefing estruturado, tendo as técnicas self-briefing; debriefing Eye-Tracking; written debriefing; debriefing oral e técnica de debriefing videoassistida (NASCIMENTO et al., 2020, p.6).

Concernente aos tipos de métodos de *debriefing*, os autores Cheng *et al.*, (2020) abordam o *debriefing* virtual, Cheng *et al.*, (2021) discorrem sobre o *plus delta* e Eppich; Cheng (2015) destacam o *Promoting Excellence And Reflective Learning in Simulation* (PEARLS) como outros métodos abordados para realizar o *debriefing* por outras áreas da saúde.

Rudolph *et al.* (2008), salientam em seu artigo que o *debriefing* bem estruturado repercute na progressão educacional dos aprendizes e contribui para o desenvolvimento das competências comunicativas em equipe.

O facilitador da simulação realiza as discussões de maneira estruturada e interativa, expondo primeiramente a opinião de cada participante a respeito do caso, estimula a examinarem as situações que poderiam ter sido realizadas na cena, para que sejam capazes de formular possíveis intervenções as quais servirão de aprendizagem para competências futuras (RUDOLPH *et al.*, 2008).

O *debriefing* é reconhecido como essencial para o desenvolvimento da aprendizagem nas experiências que envolvem práticas simuladas, e corrobora com a teoria do ciclo de aprendizagem descrita por Kolb (1984), em que consiste no momento discursivo após a simulação, direcionada por um facilitador (KLIPPEL *et al.*, 2020).

Ao conduzir o momento discursivo de maneira estruturada e sem julgamentos, o facilitador promoverá a reflexão das ações efetuadas no cenário realístico, a fim de estimular os participantes a elencar os pontos relevantes quanto críticos das ações desenvolvidas, para que possam mobilizar seu protagonismo. Ressalta-se a necessidade em realizar a avaliação do *debriefing* sendo capazes de verificar o

impacto no desenvolvimento do raciocínio clínico¹⁰ dos participantes (KLIPPEL *et al.*, 2020).

Diante da importância em verificar o impacto do *debriefing*, houve a necessidade da criação de construtos que propiciam a avaliação do *debriefing*, e que fossem favoráveis na evolução construtiva das discussões após experiências com cenários simulados¹¹(COUTINHO; MARTINS; PEREIRA, 2014).

Conforme Couto *et al.* (2021) existem duas escalas de avaliação do *debriefing* traduzidas e validadas para o Brasil: escala de avaliação do *debriefing* associado a simulação (EADaS) e a escala de experiência do *debriefing* (EED) em que avaliam o momento discursivo a partir da ótica dos participantes.

A partir disso, Coutinho, Martins e Pereira (2014), realizaram um estudo metodológico que impulsionou a formação de 50 questões sobre *debriefing*, ao qual acrescenta-se que após a validação e tradução, a escala portuguesa de avaliação do *debriefing* associado a simulação (EADaS), resultou em 34 questões, que foram agrupadas nas dimensões: psicossocial, cognitivo e afetivo, com um índice de confiança satisfatório, para avaliar o efeito do *debriefing* nas simulações.

A *Debriefing Experience Scale* é outra escala com a finalidade de avaliar a experiência com o *debriefing*, essa foi desenvolvida por Reed (2012), traduzida e validada para língua portuguesa por Almeida *et al.*, (2016) e denominada Escala de Experiência com *Debriefing* (EED) composta de 20 itens divididos em quatro fatores: analisando os pensamentos e sentimentos, aprendendo e fazendo conexões, habilidade do professor em conduzir o *debriefing* e orientações apropriadas do professor (ALMEIDA *et al.*, 2016, p.4).

Em face da importância do *debriefing* no desenvolvimento da aprendizagem simulada e a criação das escalas avaliativas como retroalimentação para o progresso das reflexões, destaca-se nesta pesquisa a avaliação do *debriefing* no cenário clínico simulado com múltiplas vítimas no âmbito hospitalar com graduandos de Enfermagem.

¹⁰Raciocínio clínico: processo que envolve a cognição (pensamento) e a metacognição (pensamento reflexivo) para obter e compreender dados concomitantes ao resgate de conhecimentos, habilidades e atitudes sobre uma situação durante a evolução da atividade simulada (INACSL, 2021).

¹¹Cenário ou cenário clínico simulado: é um ambiente programado para realizar práticas de diversas naturezas, imita o ambiente clínico real (unidade de internação, urgência e emergência, unidade de terapia intensiva, centro cirúrgicos e diversos) em que podemos dividir em relação a sua complexidade (cenário de alta, média ou baixa complexidade), definição do tempo que ocorrerá o cenário, os objetivos que se propõe com o cenário e o escalonamento dos participantes (simuladores, paciente padronizado, *role play*, dramatização ou paciente simulado e uso de técnicas como *moulage*) (INACSL; 2021).

No que tange os graduandos de Enfermagem, conforme o artigo 3^a das Diretrizes Curriculares Nacionais de Enfermagem (DCN/ENF) corresponde a formação de nível superior da área de saúde, com estruturação para o atendimento em diversos campos de conhecimento com base na formação técnico-científica, humanizada e ética (BRASIL, MEC 2001).

Em relação a formação dos graduandos em Enfermagem, considera-se a composição de aulas teóricas e práticas na grade curricular, sendo apontada no Projeto Pedagógico uma expressiva percentualidade de aulas práticas e estágios, sendo os estágios antecedidos de aulas práticas, em um ambiente seguro, com cenários simulados e simuladores a fim de desenvolver as habilidades e competências de maneira segura para os futuros profissionais (PARANÁ, UFPR, 2015).

Em destaque a temática incidência com múltiplas vítimas (IMV), a *World Health Organization* (WHO), 2007, considera a IMV, como uma circunstância imprevisível, ao qual envolve um contingente de vítimas, sendo necessário o acionamento de diversos profissionais ao mesmo tempo para um atendimento imediato.

As condições que envolvem um quantitativo de vítimas são factíveis com magnitudes diferentes, sendo necessário o gerenciamento, planejamento e preparação dos profissionais (WHO, 2007).

A Portaria de nº1863 de 29 de setembro de 2003, no artigo 2^a e incisos de 3 a 7, destacam a importância do planejamento e produção de métodos educacionais voltados para promoção, prevenção e cuidados na urgência e emergência, enfatizam a ampliação e qualificação para os atendimentos em incidentes com múltiplas vítimas e desastres em massa. (BRASIL, 2003).

Nesta perspectiva, um estudo retrospectivo e qualitativo com base nas informações de três hospitais da Tailândia que passaram por desastres naturais em que envolveu múltiplas vítimas, evidenciaram fragilidades na organização em que demonstram a necessidade de estratégias em situação de incidência, para que os profissionais possam agir em situações de evacuação hospitalar de maneira segura (MANESH et al.,2014).

Da mesma forma uma revisão sistemática com o objetivo de analisar a preparação para evacuação dos hospitais da União Europeia, apontou lacunas no planejamento e a necessidade da criação de um guia instrucional para que os profissionais possam realizar ações de evacuação (MANESH et al.,2022).

Um estudo sobre as diretrizes de segurança contra incêndio e evacuação de emergência nas unidades de terapia intensiva e salas de cirurgia, denotam que a evacuação hospitalar é uma eventualidade esporádica com uma demanda situacional que envolve riscos tanto aos profissionais do âmbito hospitalar quanto para os pacientes. Recomenda-se que todos os ambientes hospitalares implantem indicadores de evacuação a fim de sinalizar as rotas de desocupação em situações de incêndio e que os trabalhadores obtenham capacitações sobre a temática por meio de atividade simulada e se tornem bons condutores em caso de incidente no contexto hospitalar (KELLY et al.,2021).

Mediante o exposto sobre a temática, elaborou-se a seguinte questão norteadora: Qual a contribuição do *debriefing* para os graduandos de enfermagem no cenário simulado de atendimento a múltiplas vítimas no âmbito hospitalar e sua contribuição na aprendizagem referida?

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Analisar a contribuição do *debriefing* no aprendizado do cenário simulado de atendimento a múltiplas vítimas com graduandos de enfermagem.

1.1.2 Objetivo específico

- Avaliar a experiência do *debriefing* no cenário simulado de atendimento a múltiplas vítimas no âmbito hospitalar com graduandos de enfermagem.
- Identificar na avaliação do *debriefing* os valores psicossociais, cognitivos e afetivos no cenário simulado de atendimento a múltiplas vítimas no âmbito hospitalar com graduandos de enfermagem.

2. REVISÃO DE LITERATURA

A revisão contempla as temáticas de simulação clínica na educação de graduandos e profissionais da área da saúde, *debriefing*, atendimento a múltiplas vítimas e simulação no incidente com múltiplas vítimas, detalhados em cada subcapítulo por meio de uma busca de evidências científicas em diversas bases de dados no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2022.

2.1 SIMULAÇÃO CLÍNICA NA EDUCAÇÃO DE GRADUANDOS E PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE

A simulação clínica é um método utilizado na formação dos profissionais de saúde e estudantes, permite que por meio de experiências práticas e interdisciplinares ocorra aprendizado e aprimoramento necessário as competências do cuidado (LEE *et al.*, 2020). Recomenda-se que o uso da estratégia simulada ocorra de maneira interdisciplinar, sendo difundida tanto na graduação quanto na pós-graduação (*World Health Organization (WHO)*, 2013).

Na Enfermagem, a simulação clínica apresenta marco histórico em 1911, com a produção de uma “boneca “ nomeada de “Sra.Clase”, com tamanho similar ao de um ser humano (WEIR, 2012). Preambularmente, as capacitações ocorriam em ambientes denominados de laboratórios de habilidades (NICKERSON; POLLARD, 2010).

As capacitações ocorridas nos laboratórios de habilidades tinham a finalidade de desenvolver as competências e preparar os enfermeiros para o traslado, vestimenta, mudança de decúbitos e manuseio de procedimentos assistenciais ao paciente (AEBERSOLD, 2018).

Com a evolução da tecnologia, a simulação clínica passou por modificações e impulsionou a indústria a desenvolver softwares aplicados aos manequins com características semelhantes a anatomia humana, sendo utilizado nas práticas de situações clínicas na disciplina de semiologia, com o objetivo de promover o desenvolvimento cognitivo através da interatividade com as vivências práticas (AMARAL, 2010).

Destarte, a simulação clínica, tem sido configurada como uma estratégia metodológica bastante utilizada na qualificação de profissionais de saúde, pós-

graduandos e graduandos, com o propósito de oportunizar êxito na atuação assistencial (ALIAGA; ESTRADA,2022).

De acordo com Aliaga; Estrada (2022) a utilização da atividade simulada apresenta mais benefícios em contraposto aos demais recursos educacionais, visto que favorece ampla aquisição de conhecimentos e corrobora para o desenvolvimento da experiência prática sem riscos ou danos à saúde de pacientes.

Destaca-se algumas estratégias de simulação e níveis de fidelidade disponíveis na implementação da simulação clínica com seus respectivos conceitos, conforme os quadros a seguir:

QUADRO 1- ESTRATÉGIAS DE SIMULAÇÃO/NÍVEIS DE FIDELIDADE E CONCEITOS

ESTRATÉGIA DE SIMULAÇÃO/NÍVEIS DE FIDELIDADE	CONCEITOS
Simulação clínica com simuladores	refere-se ao uso de simuladores de baixa, média e alta fidelidade.
Simulação com paciente padronizado	remete a utilização de atores que irão desenvolver papéis na dinâmica simulada conforme o script elencado no roteiro de simulação.
Simulação híbrida	concerne a utilização de simuladores associado a paciente padronizado.
Simulação virtual	aborda o uso de tecnologias de maneira virtual.
Simulação In Situ	relaciona-se a realização da simulação no próprio ambiente de trabalho
Prática Deliberada em Ciclos Rápidos (PDCR)	compete a nova modalidade de estratégia simulada, em que a dinâmica é realizada diversas vezes até a aquisição da competência proposta.
Baixa fidelidade	Simulador não interativo, utilizado para treinamento de habilidades específicas, sem necessidade de comunicação.
Média fidelidade	Simulador com interatividade limitada para ações com reconhecimento e treinamento de habilidades específicas.
Alta fidelidade	Simulador com uso de tecnologia avançada ou com participação de atores, ao qual possibilita o desenvolvimento do pensamento crítico, atuação em grupo com medidas assertivas.

Elaborado pela autora baseado em BERGAMASCO; PASSOS; NOGUEIRA (2020); DOMINGUES; NOGUEIRA E MIÚRA (2020).

Salienta-se que a simulação é uma estratégia consolidada na enfermagem e em outras profissões da área da saúde, no qual são abordados temas relevantes para

prática profissional (CERRA et al., 2019; LABRAGUE et al., 2019; MARTINS; PINHO, 2020; SMITH et al., 2018).

Diante disso, uma revisão sistemática e meta-análise, evidenciou por meio de 33 artigos aos quais continham estudantes de graduação e pós-graduação de enfermagem desempenhando práticas de simulação de alta fidelidade em cenários de condições clínicas com risco de vida, que a atuação em simulação propicia evolução significativa na aprendizagem em comparação às demais metodologias do sistema educacional (CERRA et al., 2019).

Paralelamente, outra pesquisa envolveu 35 artigos com o uso da simulação de alta fidelidade na questão da ansiedade dos estudantes de enfermagem, ao qual exprime uma notável redução da ansiedade e o alargamento da autoconfiança dos estudantes diante do exercício assistencial com os pacientes, na antecipação prática por meio de atividades simuladas (LABRAGUE et al., 2019).

Acrescenta-se ainda, que um estudo com 419 artigos publicados até o ano de 2018 sobre o efeito da educação interprofissional por intermédio da simulação com estudantes de graduação da área da saúde, destacou em uma análise quantitativa que as práticas simuladas interprofissionais na graduação geram escores significativos diante a competência colaborativa (MARTINS; PINHO, 2020).

Concomitantemente, os resultados de Smith et al., (2018) sobre o uso da simulação para ensinar estudantes de enfermagem e médicos nas habilidades de comunicação em cuidado paliativo, indica a visibilidade do desenvolvimento da comunicabilidade por intermédio da estratégia simulada. As experiências assistenciais aos pacientes em medida de conforto possuem restritividade, e diante a prática simulada é possível ampliar os conhecimentos teóricos, potencializar a prática comunicativa e promover uma assistência integral aos pacientes.

Desse modo, uma revisão de 20 artigos sobre o desfecho das práticas simuladas de alta fidelidade com graduandos de enfermagem permitiu reportar que o uso da simulação de alta fidelidade traz benefícios favoráveis ao ensino quando comparado a abordagem de ensino convencional, permite a contribuição para aprendizagem significativa e ampliação do raciocínio clínico e crítico com condutas assertivas e exitosas (HANSHAW; DICKERSON, 2020).

Por outro lado, pesquisa realizada que avaliou o impacto da simulação clínica no aprendizado interprofissional e evidenciou resultados satisfatórios em estudantes de diversas áreas da saúde (Medicina, Farmácia, Enfermagem, Fisioterapia,

Radiologia, Práticas operatórias, Serviço Social, Odontologia, Saúde Pública e Medicina Veterinária) demonstrou que após a simulação em diversos cenários com simuladores de baixa e alta fidelidade, houve aquisição de conhecimentos comuns e específicos, integração do conhecimento diante do cuidado com paciente e desenvolveram a comunicação efetiva com os demais profissionais (OLIVEIRA *et al.*, 2018,p.2).

Em relação aos simuladores de baixa fidelidade, pode-se mencionar os que não exteriorizam sensações fisiológicas humanas não sendo possível interatividade com os participantes, geralmente apresentam-se em estrutura corporal completa ou fragmentados, empregado nas capacitações de habilidades técnicas para o desenvolvimento de mecanismos estratégicos assistenciais na saúde (LIMA; D'EÇA JUNIOR *et al.*, 2021).

No que tange a alta fidelidade na simulação, reconhece-se que o uso da tecnologia de alta fidelidade compreende tanto uso de simuladores tecnológicos, quanto por atores que irão contextualizar situações reais no cenário simulado, ambos métodos são congruentes aos domínios em questão (AEBERSOLD, 2018).

Um dos exemplos de simuladores de alta fidelidade realizado mundialmente é a ressuscitação cardiopulmonar, da *American Heart Association (AHA)* que utiliza cenários próximos a realidade com simuladores programados a responder as sensações, permitem envolvimento dos participantes de forma a desenvolver suas habilidades técnicas e não técnicas diante do caso proposto (MELO *et al.*, 2016).

Ainda no que tange a simulação clínica de alta fidelidade, cita-se um estudo quase experimental sobre impacto da aplicabilidade no ensino de graduação de enfermagem pediátrica em que envolveu duas Universidades de São Paulo e uma de Santa Catarina, com 93 graduandos de Enfermagem, no ano de 2017, no qual evidenciou-se que a simulação de alta fidelidade propicia experiência prazerosa aos participantes, tornando-os mais confiantes, o que favorece no desenvolvimento e aquisição de informações significativas à aprendizagem (NADLER *et al.*, 2022).

Além do uso de simuladores de alta fidelidade em ambientes não reais, as capacitações práticas experimentais podem ocorrer em ambientes realísticos, denominados de "*In Situ*", o que corrobora para o incremento do conhecimento dos profissionais, consecutivamente as mudanças do comportamento diante ao cuidado em saúde, redução de erros e eventos adversos e apontamento de pontos críticos na assistência (PATTERSON *et al.*, 2008).

De acordo com a *National League for Nursing* (2013), o *intuito da empregabilidade* das estratégias simuladas com o máximo de verossimilhança permite que as experiências sejam absorvidas com as mesmas sensações reais, tornando o processo de aprendizado produtivo.

Neste contexto, muitas vezes a simulação clínica é confundida como uma tecnologia aplicada na aprendizagem e, conseqüentemente, provoca divergências de interpretações na aplicação educativa. No entanto, o uso dos simuladores que são tecnológicos subsidia de maneira interativa e imersiva a técnica da simulação por meio de experiências simuladas e favorece a promoção de cuidados e a diminuição de erros assistenciais (GABA, 2004).

Para Jeffries (2005), o uso de recursos tecnológicos nas simulações torna as experiências simuladas mais interativas e propiciam aos participantes a oportunidade do aprendizado e desenvolvimento de habilidades com a mesma sensação de estar em um ambiente real.

Para tanto, faz necessário que os facilitadores envolvidos na simulação sejam habilitados e capacitados, a desenvolverem estratégias capazes de produzir aprendizado aos participantes. De maneira análoga, as estratégias deverão ir de encontro com o perfil dos participantes e aos objetivos traçados com o tema que se deseja abordar a fim de desenvolver competências construtivas no atendimento aos pacientes (INACSL, 2021).

Acrescenta-se que, a simulação no contexto educacional, está determinada em aglutinar os conhecimentos dos participantes em prol do desenvolvimento das habilidades e competências, além de favorecer uma formação segura a serem desempenhadas no exercício clínico profissional (MARTINS, 2017).

De forma a contribuir no processo de progressão da simulação uma revisão de literatura que envolveu a enfermagem, medicina e outras áreas de saúde, elencou os cinco primeiros componentes estruturais que são essenciais para a realização da simulação: “professor, estudante, práticas educacionais, características da simulação e os resultados esperados” (JEFFRIES, 2005, p.2).

Neste íterim, Jeffries; Rodgers; Adamson (2015), estruturaram os componentes da simulação elencados por Jeffries (2005, p.2), e nomearam sete elementos para o desenvolvimento da simulação descritos em: *Context, background, design, simulation experience, facilitator and educational strategies*, participante, *outcomes*, conforme apresentado no Quadro 2 e na Figura 1.

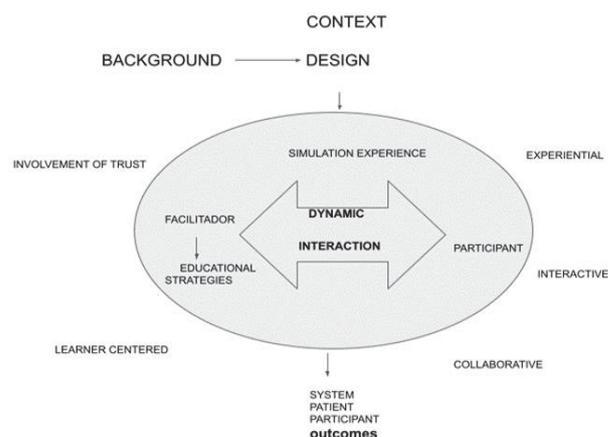
QUADRO 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS ELEMENTOS DA THE NATIONAL LEAGUE FOR NURSING (THE NLN) JEFFRIES SIMULATION THEORY, BRASIL, 2022.

Elementos	Explicação
<i>Context</i>	Momento em que se define o ambiente que será realizado a simulação, as circunstâncias e a finalidade.
<i>Background</i>	Implementação e os recursos envolvidos na simulação: como tempo e equipamentos que serão alocados.
<i>Design</i>	Relaciona-se ao escopo da aprendizagem, os tipos de cenários, estratégias e metodologias utilizadas durante o desenvolvimento das etapas da simulação.
<i>Simulation experience</i>	Experiência simulada interativa com a ótica voltada para o participante em um ambiente seguro.
<i>Facilitator and educational strategies</i>	Interatividade que ocorre entre o facilitador e os participantes em todas as fases da simulação para progressão educacional.
<i>Participant</i>	Envolvidos nas práticas simuladas, e dependendo de fatores como idade, sexo, fatores emocionais, podem absorver aprendizado de maneira diferente.
<i>Outcomes</i>	Seguem uma hierarquia crescente em tráfede, consistindo na aquisição da aprendizagem pelos participantes, concatenando a modificação de condutas clínicas na assistência ao paciente angariando a transformação do sistema.

Fonte: Elaborado pela autora, baseado em JEFFRIES; RODGERS; ADAMSON (2015).

A Figura 1 retrata os elementos propostos por Jeffries; Rodgers; Adamson (2015) e estabelece as relações entre estes elementos. Destaca a dinâmica da interação, a experiência da simulação e pontua a relação entre o participante e o facilitador, apoiado pelas estratégias educacionais.

FIGURA 1 - THE NATIONAL LEAGUE FOR NURSING (*THE NLN*)
JEFFRIES SIMULATION THEORY



Fonte: JEFFRIES; RODGERS; ADAMSON (2015).

Para alcançar os objetivos propostos pela INACSL (2021), enfatiza-se a importância da educação baseada em simulação para manter o seguimento de um planejamento metodológico como forma de nortear as boas práticas simuladas e o designer da simulação.

Conforme descrito por Meakim *et al.* (2013), o *design* da simulação se divide em etapas distintas: preparação (*pré-briefing* ou *briefing*), participação (cenário) e *debriefing*. Consequentemente, tornando imprescindível os segmentos das etapas para que se alcance os objetivos dela (NASCIMENTO; OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Ao considerar as etapas: *pré-briefing* e *briefing*, ambas são separadas em dois momentos para especificar as funções distintas em que no *pré-briefing* é ofertado a parte teórica ao participante sobre a temática a ser abordada na simulação e o *briefing* configura-se nos esclarecimentos sobre o cenário, aos participantes antes do desenvolvimento da simulação propriamente dita (NASCIMENTO; OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Em relação ao *briefing*, um estudo em que envolveu 21 artigos sobre a preparação da simulação de cuidados de saúde e eficácia do *briefing* com profissionais de saúde e estudantes, constatou que ao adotar a aplicabilidade de conhecimentos de maneira antecipada, promove-se resultados significativos na aprendizagem por intermédio da atividade simulada (TYERMAN *et al.*, 2019).

Corroborando com o estudo supracitado, um estudo experimental randomizado, envolveu dois grupos de estudantes de graduação em obstetrícia,

sendo eles submetidos a simulação de alta fidelidade, com a temática sala de parto, tendo demonstrado desempenho qualificado no grupo que foi ofertado orientações sobre as diretrizes dos procedimentos e cenário antes da simulação, o que demonstra a importância da realização do *briefing* antes da simulação propriamente dita (CUERVA *et al.*, 2018).

No que tange o cenário, configura-se como um espaço que se assemelha ao da realidade assistencial para que ocorra a experiência simulada de maneira segura (Waxman, 2010). Entretanto, no que compete ao desenvolvimento do cenário, Meakim *et al.* (2013) menciona que o ambiente simulado se apresenta em uma seção de estratégia com diversos recursos e complexidades, conforme as metas propostas ao aprendizado.

Em conformidade às metas propostas, a simulação ocorre diante de uma organização, baseada nos conhecimentos teóricos e perfil dos participantes envolvidos. Posteriormente, ocorre o *debriefing* momento de considerações e juízo das ações, constituídos de etapas que favorecem a aquisição dos conhecimentos por meio da simulação (LIOCE *et al.*, 2015).

Ainda no tocante ao *debriefing*, Rudolph *et al.* (2008) apresentou um protótipo avaliativo com quatro fases, produzido da experiência aproximadamente de 3.000 *debriefing* com um quantitativo equivalente a 1000 profissionais da medicina no mundo. Este modelo foi utilizado após uma dinâmica simulada de trauma em que se destaca a ocorrência de reflexões relevantes diante ao caso proposto e obtenção de um intenso autoconhecimento e conhecimento em frente ações experienciadas perante sua aplicabilidade.

A eficiência do *debriefing* na promoção do desenvolvimento de competências e habilidades laborativas foi evidenciada por uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa dos autores Mota; Santos; Wyszomirska (2022), em que incluíram estudantes de medicina dos últimos períodos a uma avaliação do *debriefing*, por meio da escala EADaS, após cenário simulado, em que foi comprovado que os aspectos cognitivos dos estudantes se apresentavam com escores satisfatórios.

2.2. DEBRIEFING

O *debriefing* é a fase essencial da simulação clínica proposta por Pearson (1986), nela ocorre as reflexões construtivas ato imediato a dinâmica simulada sendo imprescindível para que se desenvolva o raciocínio clínico e crítico (JEFFRIES, 2007).

Os autores Coutinho; Martins; Pereira, (2014); Almeida et al., (2015) descrevem o momento do *debriefing como imprescindível* para o progresso da aprendizagem por meio da simulação.

Essa terceira fase envolve os participantes e facilitadores em um momento discursivo, conduzido por um facilitador com experiência em prática simulada, que conduz os participantes a refletirem sobre o desempenho das atividades desenvolvidas, estimulando o raciocínio crítico para resolução assertiva diante do cuidado (GRANT *et al.*, 2018).

No tocante a experiência do facilitador, a INACSL (2021), elenca como um dos critérios, a exigência da capacitação para desenvolver atividades clínicas simuladas, ao qual acrescenta-se ainda, que o *debriefing* deve ser conduzido por um profissional experiente, e que mantenha a coerência da abordagem reflexiva, aos objetivos da aprendizagem estabelecidas na simulação desenvolvida.

O desenvolvimento do *debriefing* permite que os participantes comuniquem verbalmente seus sentimentos diante da experiência simulada, descrevam as ações realizadas, e sejam capazes de promover uma autoanálise de maneira construtiva (ALMEIDA *et al.*, 2015).

A condução do *debriefing* requer uma estruturação e bom julgamento, a fim de promover ao participante a sensação de um ambiente seguro, proporcionando segurança psicoemocional para que verbalizem sobre suas condutas na simulação e sanem as dúvidas existentes, a fim de colaborar para o processo de aprendizagem (RUDOLPH *et al.*, 2006).

A estruturação do *debriefing* pode ocorrer em trifases síncronas a seguir: “fase reativa, análise e resumo”. A primeira aborda o sentimento do participante após a prática simulada; a segunda corresponde a autoanálise das ações realizadas e por último, permeia na recapitulação do desempenho da experiência simulada a fim de assimilar as responsabilidades interprofissionais no cuidado (POORE *et al.*, 2019, p.2).

Menezes; Hashimoto (2020, p.76), apresentam outro modelo de condução trifase do debriefing frequentemente empregado pela *American Heart Association (AHA)* nas práticas simuladas do suporte básico o “*Gather-Analyze-Summarize (GAS)*”, em que se apresenta nas fases: “reunir, análise e resumo”. Diferente da fase citada por Poore et al., (2019, p.2), a fase reunir começa pela sumarização das ações desenvolvidas, formando compartilhamento mental, em seguida realizam reflexão do desempenho, nessa fase é enfatizado que o facilitador pode promover as reflexões, pontuar situações, críticas e finalizar com uma sinopse das atividades aos quais objetivam o alcance do aprendizado.

Eppich; Cheng (2015), citam outro modelo de condução de *debriefing* denominado *Promoting Excellence and Reflective Learning in Simulation (PEARLS)*, estruturado em quatro fases: reação, descrição, análise e resumo. As fases distinguem-se nos mesmos modelos descritos por Poore et al. (2019), acrescentando o momento da descrição, em que o facilitador solicita aos participantes a nomeação dos pontos centrais e situações difíceis ocorridas na resolução do caso.

A aplicabilidade do *PEARLS* no *debriefing* está em destaque e aceitação pelos facilitadores em saúde, em decorrência da sua congruência com os diversos grupos de aprendizes, principalmente no tocante a interdisciplinaridade, categorizam os domínios de desempenho na tomada de decisão¹², habilidades técnicas, comunicação, uso de recurso, análise situacional, domínio e colaboração em equipe (EPPICH; CHENG, 2015).

Endacott et al. (2019), acrescentam que algumas técnicas são empregadas para conduzir o *debriefing* de modo a permitir não somente o aprendizado entre os pares e a autoanálise, mas em promover a interatividade dos participantes objetivando o compartilhamento ativo de informações.

Destaca-se a importância do *debriefing* na aprendizagem, em que colabora de maneira satisfatória no desempenho das atividades clínicas, os autores Nascimento; Pereira et al. (2021, p.2); Nascimento; Oliveira et al. (2020, p.2); Nascimento; Pires et al. (2021, p.2), elencaram que existe mais de “30 métodos e 10 técnicas” para realização do momento discursivo após a simulação.

¹² Tomada de decisão: processos mentais (cognitivos) que levam à escolha de um plano de ação para determinada situação (INACSL, 2016).

A seguir estão descritos alguns métodos e técnicas para condução do *debriefing* evidenciadas em um estudo de revisão integrativa de Nascimento *et al.* (2020), conforme os Quadros 3 e 4 a seguir:

QUADRO 3 - MÉTODOS DO *DEBRIEFING*, DESCRIÇÃO E AUTOR

MÉTODO DE <i>DEBRIEFING</i>	DESCRIÇÃO	AUTOR/ PRECURSOR
<i>Debriefing Meaningful Learning</i>	O facilitador usa perguntas abertas, levantando questionamentos para que o participante por meio da reflexão obtenha as respostas, geradas pelas dúvidas do caso desenvolvido na simulação.	Dreifuerst (2015).
<i>Debriefing based on principles of transfer of learning</i>	O participante faz uma reflexão sobre as experiências passadas, projetando-as para futuras experiências por meio da prática simulada.	Salomon; Perkins (2010).
<i>Debriefing model of clinical reasoning</i>	Confronta o quadro clínico proposto do paciente simulado, com o que se deseja alcançar diante das estratégias a serem desenvolvidas, observando e investigando os diagnósticos.	Kuiper <i>et al.</i> (2008).
<i>Debriefing</i> interprofissional	Proporciona o raciocínio clínico e o desenvolvimento de capacidades com ações colaborativas multidisciplinares.	Poore <i>et al.</i> (2019).
<i>Debriefing</i> com bom julgamento	Promove a reflexão nos participantes, sobre os desempenhos na simulação, proporcionando as mudanças no comportamento.	Rudolph, J.W; Maestrea, J.M (2015).
<i>Debriefing estruturado</i>	Conduz o <i>debriefing</i> seguindo as trifases ou multifases	Fanning; Gabba,2007. Phrampus et al ,2013.

Fonte: Elaborado pela autora baseado em NASCIMENTO *et al.*, (2020, p.4-6).

QUADRO 4 - TÉCNICA DE *DEBRIEFING*, DESCRIÇÃO E AUTOR

TÉCNICA <i>DEBRIEFING</i>	DESCRIÇÃO	AUTOR/ PRECURSOR
<i>Self-debriefing</i>	Realização do <i>debriefing</i> sem a participação de um facilitador para guiar no momento da discussão.	Fanning; Gabba,2007.

<i>Eye-Tracking</i>	Utiliza suporte tecnológico ocular no momento da simulação, para capturar a mobilidade dos participantes no desenvolvimento das ações, permite a denotação de comportamento que serão discutidos no <i>debriefing</i> .	Fisher; Wisner; Ranney,1996.
<i>Written debriefing</i>	Discussão na modalidade escrita em que o participante tanto de maneira unipessoal ou em compartilhamento de equipe, descrevem os relatos da reflexão na prática simulada.	Petranek ,2000.
<i>Debriefing oral</i>	Discussão verbal guiada por um facilitador qualificado e com experiência.	Fanning; Gabba,2007. Petranek ,2000. Fisher; Wisner; Ranney,1996.
<i>Debriefing</i> videoassistida	Realizada em conjunto com o <i>debriefing</i> oral, em que o facilitador utiliza o suporte visual para promover fidelidade na abordagem discursiva, permite maior qualidade de desempenho nas reflexões, e favorece no aprendizado qualitativo.	Grant et al.,2014.

Fonte: Elaborado pela autora baseado em NASCIMENTO *et al.*, (2020, p.4-7).

Ainda no tocante aos modelos de *debriefing*, o *plus delta* é uma abordagem de fácil implementação por meio de indagações simples, capazes de promover a autorreflexão e autoavaliação aos participantes em práticas simuladas, em que serão fundamentais no desempenho do cuidado clínico (CHENG *et al.*, 2021).

A advocacia inquérito consiste em uma abordagem estruturada com base nas observações das ações desenvolvidas na simulação, permitem a formação do raciocínio crítico dos participantes por meio das indagações do facilitador. Essa abordagem ainda enfoca a compreensão dos facilitadores para tomada de decisões diante o desempenho da resolução dos casos simulados (TIMMIS; SPEIRS, 2015).

O modelo de advocacia inquérito é citado por Rudolf *et al.*, (2006) como construtivo na condução do *debriefing*, pois estimula de maneira interativa a reflexão dos participantes e colabora para o aprendizado.

O *debriefing* destacado por Cheng *et al.* (2020), é o virtual, realizado após as simulações virtuais em decorrência dos protocolos de afastamento da pandemia Covid-2019, com discussões reflexivas nas plataformas *on-line* e em tempo real garantindo a interatividade entre os participantes e a transferência de conhecimento.

Em face da contribuição dos métodos e tipos de *debriefing* utilizados na condução do momento discursivo, faz-se imperativo a investigação da relevância do *debriefing* por meio de construtos avaliativos.

As escalas de avaliação são mecanismos de contribuição para progressão educacional, desenvolvimento do raciocínio clínico e na tomada de decisões assertivas, sendo evidenciadas por meio das escalas de avaliação do *debriefing* de Almeida *et al.*, (2016) e Coutinho; Martins; Pereira (2014) em que comprovam o impacto das discussões reflexivas (*debriefing*) na aprendizagem e reforçam a utilização nas práticas simuladas.

Com a finalidade de avaliar a experiência com o *debriefing* em simulação clínica, duas escalas foram traduzidas e validadas para o português brasileiro: Escala de experiência com o *debriefing* (EED) e Escala de avaliação do *debriefing* associado a simulação (EADaS) (ALMEIDA *et al.*, 2016; COUTINHO; MARTINS; PEREIRA, 2014).

A Escala de experiência com o *debriefing*, consiste na avaliação dos participantes diante da experiência com o *debriefing* em relação a aprendizagem, composta de 20 itens com quatro fatores: analisando os pensamentos e sentimentos, aprendendo e fazendo conexões, habilidades do professor em conduzir o *debriefing* e orientações apropriadas (ALMEIDA *et al.*, 2016).

No que concerne a EED, Almeida *et al.*, 2016, descrevem que para cada pergunta existe apenas uma alternativa a ser pontuada com valores de um a cinco de acordo com a escala do tipo *Likert*, tendo sua pontuação mínima (1) e a máxima (5), sendo quanto maior o valor das pontuações, melhor resultado da análise da escala.

Em relação a EADaS, esta refere-se a avaliação do *debriefing* na simulação acerca dos valores emocionais (psicossocial, afetivo e emocional). É composta de 34 itens, com pontuações do tipo *Likert* de 1 a 5, sendo quanto menor os valores pontuados no valor afetivo, melhor significância para avaliação (COUTINHO; MARTINS; PEREIRA, 2014).

Ambas as escalas foram desenvolvidas com a finalidade de discernir e quantificar os elementos que fundamentam a realização do *debriefing* e assim promover melhorias contínuas no processo de reflexão que ocorre ato imediato a simulação. Salienta-se que o resultado das duas escalas de avaliação apresenta resultados psicométricos significativos com índice de confiança acima de 0,80 (Coutinho; Martins; Pereira, 2014; Almeida *et al.*, 2015).

Ainda no tocante às escalas de avaliação, cita-se a Escala de Avaliação por Pares (PADI) apontada por Couto *et al.* (2021), como uma ferramenta de avaliação facilitadora, que é capaz de promover ao participante avaliação construtiva diante do *debriefing*.

Conjuntamente, a ferramenta *Debriefing Assessment for Simulation in Health Care* (DASH¹³) é outro método avaliativo utilizado para mensurar o desenvolvimento dos facilitadores na condução do *debriefing*, teve sua tradução para o português, mas o autor não menciona a validação, sendo uma ferramenta que possui três variações avaliativas (COUTO *et al.*, 2021).

As variações avaliativas do DASH são compostas de: *Dash Rater Version*, *Dash Student Version*, *Dash Instructor Version*. A primeira é utilizada para que os facilitadores com maior tempo de treinamento avaliem novos instrutores, a segunda possibilita a avaliação dos participantes em relação aos facilitadores e a terceira permite a autoavaliação dos facilitadores (COUTO *et al.*, 2021).

Analogamente, cita-se a Escala Americana de Avaliação (OSAD) que é uma escala de avaliação do *debriefing*, estruturada e objetiva, conduzida por facilitadores com experiência na área de educação e cirurgia, com o intuito de avaliar o treinamento dos procedimentos cirúrgicos que envolvem os cirurgiões (ARORA *et al.*, 2012).

A OSAD, é uma escala composta de 8 itens com valores de 1 a 5, pontuados na escala *Likert* e validada com escore de confiabilidade psicométrica 0.94 corroborando ao índice de confiabilidade significativo para utilização (ZAMJAHN *et al.* 2018).

Ainda no que diz respeito às avaliações após o *debriefing*, cita-se um estudo baseado em um cenário simulado com assistência a múltiplas vítimas, em que teve a intenção de realizar a análise da autoconfiança, por intermédio de um questionário com escala do tipo *Likert*, após realização do *debriefing* ao qual constatou-se por meio das respostas, resultados significativos na ampliação da confiança dos participantes em frente a realização dos procedimentos de maneira mais assertividade (GABLE *et al.*, 2021).

¹³ Até o mês de dezembro de 2022 não foi localizada a validação da escala DASH, somente consta a tradução para o português no: <https://harvardmedsim.org/debriefing-assessment-for-simulation-in-healthcare-dash-portuguese/>

2.3 ATENDIMENTO A MÚLTIPLAS VÍTIMAS

De acordo com WHO (2007), o atendimento a múltiplas vítimas advém de um incidente com diversas pessoas ao mesmo tempo, com a necessidade do deslocamento de várias equipes para uma abordagem de cuidado sincrônico. O Ministério da Saúde (MS) (2016), caracteriza o incidente com múltiplas vítimas (IMV) como uma situação em que envolve um quantitativo de cinco ou mais pessoas (BRASIL,2016)

As situações que envolvem o atendimento a múltiplas vítimas, repercutem em uma demanda atípica ao atendimento de urgência e emergência e necessitam de uma estruturação para transferência das vítimas com profissionais capacitados às condutas emergentes (LIMA et al., 2018).

O atendimento a urgência e emergência é assegurado pela Portaria de nº 1863/GM, 29 DE SETEMBRO DE 2003, artigo 2^a, inciso 4 e artigo 3^a inciso 2b, em que respalda a estimulação de ações preventivas, realização de processos sistematizados no cuidado com abordagens emergentes em incidentes com múltiplas vítimas, acionados pelo suporte do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) via telefone 192 (BRASIL, MS, 2003).

Ao contactar o SAMU em decorrência de um incidente com vítimas em massa, as equipes consideram a utilização do método específico no atendimento à IMV, com o propósito de realizar uma abordagem ágil e eficaz ao maior número de pessoas acometidas (DIAS; GAVA, 2018).

Precedentemente a realização da abordagem, atende-se os critérios do Ministério da Saúde (Brasil, 2016), ao qual salienta a importância do reconhecimento do local da ocorrência antes da realização da triagem, com comunicabilidade à regulação que certificará a segurança do local para acionamento dos demais profissionais, a fim de realizar as intervenções necessárias no incidente com múltiplas vítimas.

Para que as intervenções iniciais ao IMV ocorram de maneira significativa, ressalta-se a importância do seguimento de uma boa gestão, gerenciamento efetivo com diálogo entre as equipes para que possam, realizar tomada de decisões e ações em tempo hábil de maneira segura (HARGREAVES,2008). Essas ações seguem etapas sincronizadas conforme Quadro 5.

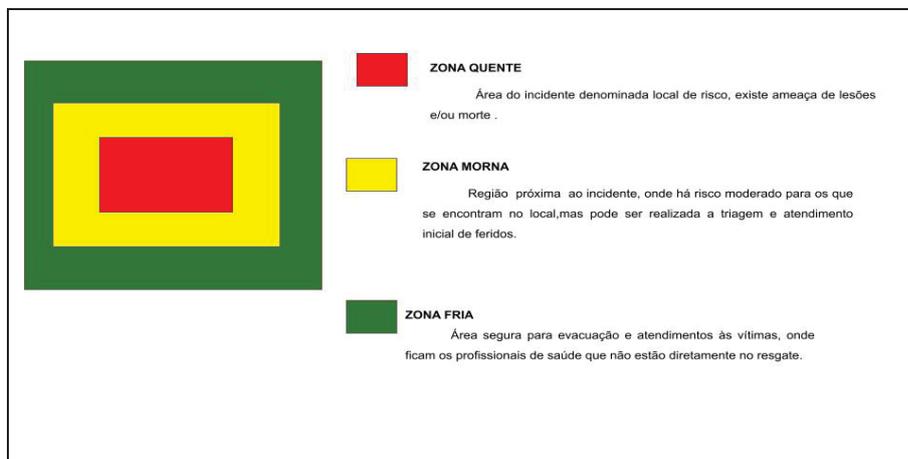
QUADRO 5- ETAPAS PARA O ATENDIMENTO COM MÚLTIPLAS VÍTIMAS

ETAPAS	AÇÕES
Chegada ao local	Espera-se que seja realizada em um curto tempo, conforme disponibilidade de recursos e referências repassadas. O veículo de transporte deve ser estacionado em local seguro, a equipe precisa sinalizar o local a fim de evitar outro incidente.
Segurança do local e avaliação do cenário	A equipe precisa quantificar o número de vítimas e os recursos acessíveis para o atendimento, avaliar o local e a segurança da cena, evitando se colocar em risco.
Chamada de reforço se necessário	Analisar a necessidade de acionar equipe de reforço em conformidade com o incidente “Defesa civil, Corpo de Bombeiros, Polícia Militar, Companhia de Engenharia de Tráfego, Companhia de energia elétrica, Guarda Civil dentre outros”.
Isolamento	Faz -se necessário evitar demais incidentes envolvendo tanto a equipe quanto pessoas não envolvidas no contexto do resgate.
Contenção	Medida de conter a causa do incidente fazendo-se essencial o desligamento de energia, interrupção de água, contenção do alastramento de fogo entre outras situações.
Posto de Comando	Recomenda-se a presença de um dirigente para organização do local e um líder operante para delegar as orientações assistenciais. Preconiza-se a montagem de um posto de atendimento com distinção para atendimento das vítimas de acordo com as cores “vermelho/amarelo/verde/cinza – ou preto”.
Acesso às vítimas da triagem	Ingresso ao cenário de maneira segura por profissionais com expertise no atendimento.
Socorro às vítimas	As vítimas receberão assistência emergencial inicial pelos profissionais com expertise ainda no ambiente do incidente.
Transporte das vítimas	Realizada transferência das vítimas para hospitais de referência, conforme grau de gravidade.
Chegada ao Hospital	Encaminhamento dos pacientes para hospitais referenciais que estão em sobreaviso sobre o incidente ocorrido.

Fonte: Elaborado pela autora (2022) baseado em HARGREAVES (2008, p.37).

Ainda conforme Hargreaves (2008), no que tange a segurança destaca-se o estabelecimento de zonas de segurança denominadas: quente, morna e fria. Estas serão classificadas em congruência ao risco de acordo com os detalhes na Figura 2, no sentido de mobilizar os demais órgãos competentes para coadjuvadamente realizarem a triagem e abordagem do atendimento no incidente.

FIGURA 2- ZONAS DE SEGURANÇA COM INCIDENTE A MÚLTIPLAS VÍTIMAS.



Fonte: Elaborado pela autora (2022), baseado em HARGREAVES (2008, p 37).

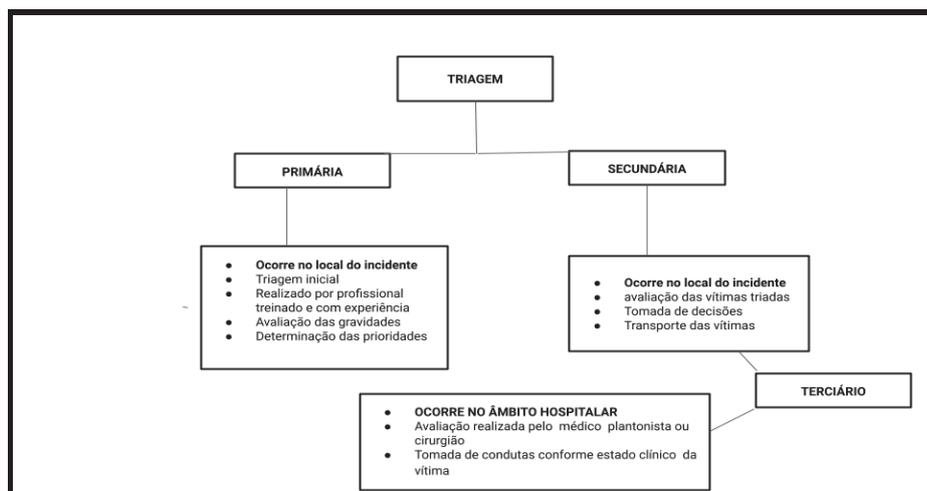
Outro destaque na segurança com múltiplas vítimas é a triagem que é um recurso adotado desde as guerras civis no gerenciamento para o atendimento inicial em um quantitativo elevado de pessoas (JENKINS et al., 2008).

A palavra triagem é de origem francesa “*Trier*” que corrobora com as expressões “separar, categorizar ou classificar”, e no tocante ao paciente, visa reforçar a necessidade da abordagem imediata aos envolvidos, priorizando o cuidado emergente (BAZYAR; FARROKHI; KHANKEH, 2019, p.1).

De acordo com Vassallo et al. (2017), a aplicação da triagem é imprescindível quando se trata de incidentes que abrangem múltiplas vítimas com diversas complexidades.

A aplicabilidade da triagem é realizada em três momentos em que se distinguem, conforme as circunstâncias descritas na Figura 3. (SALOMONE, 2007).

FIGURA 3- FLUXOGRAMA DA TRIAGEM NO ATENDIMENTO EM MÚLTIPLAS VÍTIMAS.



Fonte: Elaborado pela autora, baseado em Salomone, 2007.

Um estudo de revisão sistemática realizado no período de 1990 a 2018 com o tema: triagem de emergências em catástrofes internacionalmente, evidencia alguns métodos utilizados na abordagem para incidentes com múltiplas vítimas, destacados no quadro 6. (BAZYAR; FARROKHI; KHANKEH, 2019, p.1).

QUADRO 6 - MÉTODOS DE TRIAGEM PARA ATENDIMENTO DE MÚLTIPLAS VÍTIMAS.

MÉTODO	AUTOR/ AUTORES	ANO
mSTART	Garner et al	2001
START	Koenig; Schultz Bhalla et al	2010 2015
Triagem reversa	Jenkins et al Pollaris; Sabbe	2008 2016
Triagem militar	Koenig, Schultz Kelen et al Adams Hodgetts et al	2010 2006 2008 1998
Triagem em massa	Coule; Horner Koenig; Schultz	2007 2010
Triagem de peneira	Smith Horne et al Garner et al	2012 2013 2001
CESIRA PROTOCOL	Koenig; Schultz Lerner et al	2010 2008

Homebush Triagem	Nocera; Garner Benson; Koenig; Schultz Tran et al	1999 1996 2003
Triagem em circunstâncias especiais do QBRN (Química, Biológica, Radiológica, Nuclear)	ACoSCo	2006
Triagem CareFlight	Garner et al Jenkins et al	2001 2008
Triagem SALT (Classificar, avaliar, intervenção salva-vidas, Tratamento/Transporte)	Lerner et al Bhalla et al	2008 2015
STM (Método de Triagem Sacco)	Jenkins et al Sacco et al Abbasi et al	2008 2005 2013
Triagem de queimaduras	Brandt et al Ahuja; Bhattacharya	2000 2004
META TRIAGE	González et al	2016
Triagem de coleta em massa	Cannon et al	2017
SWIFT <i>Triage</i> (Triagem para idosos em desastres)	Dyer et al	2008
Protocolo de Triagem Médica	Alexander; Masini; Mugnai	2013
Triagem TEWS (Pontuação de aviso prévio de triagem)	Tian et al Wallis et al	2015 2006
Triagem MPTT (Ferramenta de Triagem Fisiológica Modificada)	Vassallo et al	2017
Sistema de triagem ASA	Wolf et al	2014
Sistema de Triagem Inteligente	Cone; Serra; Kurland	2011
Triagem Tática	Lorenzo; Porter	1999
Jump START (Triagem pediátrica)	Romig Abbasi et al	2002 2013

PTT (Triagem pediátrica)	Bostick et al Hodgetts et al Lerner et al	2008 1998 2008
Secondary Assessment Victim Endpoint-SAVE (Triagem secundária)	Koenig; Schultz	2010
Triagem SORT (Triagem secundária) Triagem Hospitalar (Manchester Triage System (MTS), Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS), Australia Triage System (ATS), e o Emergency Severity Index (ESI))	Smith Gilboy; Travers; Wuerz Powers; Daily	2012 1999 2010
Triagem hospitalar CRAM (avalia Circulação, Respiração, Exame Abdominal e Tórax, Resposta Motora, Fala)	Emerman; Cor; Kubincanek	1999
Triagem do Índice de Gravidade de Emergência (ESI)	Gilboy; Travers; Wuerz Wuerz et al Eitel et al Wuerz et al	1999 2000 2003 2001

Fonte: Elaborado pela autora, baseado em BAZYAR; FARROKHI; KHANKEH , 2019, p.1.

Diante da abordagem de múltiplas vítimas, o método *Simple Triage and Rapid Treatment (START)* que é mais utilizado internacionalmente, tendo sido amplamente difundido e com boa aceitabilidade no atendimento a incidentes envolvendo múltiplas vítimas no Brasil (BRASIL, 2016).

O método START foi criado em 1980 pelos Bombeiros de *Newport Beach* e pelo Hospital *Hoag* na Califórnia nos Estados Unidos com a finalidade de distinguir de maneira rápida e ágil as vítimas com necessidade de atendimento imediato, assegurando a sobrevivência (Texas Department of Health, 1993).

No Brasil, o *START* apresenta-se na tradução: “Triagem simples e Tratamento rápido” em que permite a observação da “respiração, perfusão e nível de consciência” e a sua classificação é por meio de cores: “preto, vermelho, amarelo e verde” (ARAÚJO et al., 2019, p.2).

A triagem por meio do *START* é orientada por sequência de operações sendo classificada conforme as medidas das execuções verificadas, descritas no Quadro 7 (Prehospital Trauma Life Support (*PHTLS*, 2018); BRASIL 2016).

QUADRO 7 – CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGUNDO O PROTOCOLO START

PRETO /CINZA	VERMELHO	AMARELO	VERDE
MORTO /INVIÁVEL INDICA QUE A VÍTIMA ESTÁ MORTA	ATENDIMENTO IMEDIATO RISCO DE MORTE	PACIENTE COM FRATURAS EXPOSTAS RISCO MODERADO	PACIENTE COM RISCO LEVE
<ul style="list-style-type: none"> • NÃO DEAMBULA • NÃO RESPONDE CHAMADO/COMANDO • NÃO RESPIRA 	<ul style="list-style-type: none"> • NÃO DEAMBULA • RESPIRA COM DIFICULDADE • TAQUIPNEIA (FR > 30) • ENCHIMENTO CAPILAR > 2 SEGUNDOS 	<ul style="list-style-type: none"> • NÃO DEAMBULA • RESPIRAÇÃO PRESENTE • FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA <30 • ENCHIMENTO CAPILAR <2 SEGUNDOS • CONSEGUE REALIZAR ORDENS SIMPLES 	<ul style="list-style-type: none"> • DEAMBULA • RESPIRAÇÃO PRESENTE • ENCHIMENTO CAPILAR < 2 SEGUNDOS • LEVES ESCORIAÇÕES

Fonte: Elaborado pela autora baseado em BRASIL, (2016).

Por conseguinte, é na triagem que se realiza o acolhimento das vítimas para que sejam analisadas e mantidas em estabilidade, sendo encaminhadas ao âmbito hospitalar para demais cuidados de acordo com a complexidade de cada caso (PHTLS, 2018).

Com o propósito de analisar as intervenções de enfermagem no incidente com múltiplas vidas, uma revisão integrativa incluiu 23 artigos dos anos de 2010 a 2020, ao qual manifestou categoricamente que o conhecimento dos critérios para triagem em IMV, associado ao treinamento simulado é um dos principais quesitos para lograr êxito no cuidado em situações que envolvem vários acidentes, contudo ainda é exíguo os recursos para preparação de graduandos na temática (SOUSA et al., 2021).

2. 4 Simulação no Incidente com múltiplas vítimas

A simulação clínica tem possibilitado uma abordagem educacional significativa na aprendizagem de urgência e emergência, principalmente no contexto de IMV, sendo relevante para o desenvolvimento de habilidades assistenciais com vítimas em massa e aprimoramento de competências ao qual corroboram no direcionamento e condutas assertivas (BRANCO et al.,2022).

Uma revisão sistemática elencou 75 artigos a respeito de treinamentos da equipe de enfermagem em desastres, entre janeiro de 2000 a dezembro de 2019, ao qual evidenciou claramente que nos últimos vinte anos houve uma ampliação de planos educacionais e inserção de múltiplos métodos, em destaque a simulação

clínica na capacitação da enfermagem para assistência às vítimas de desastres (LOKE; GUO; MOLASSIOTIS, 2021).

Para Intriери e colaboradores (2017), destaca-se a notoriedade do exercício do profissional da enfermagem na assistência em incidentes com múltiplas vítimas e evidencia a relevância da qualificação dos profissionais no contexto assistencial e comunicativo acerca de circunstâncias com legitimados em massa.

Ainda, de acordo com Loke; Guo; Molassiotis (2021), os artigos certificam a situação dos programas educativos em desastres e sinalizam a relevância de mais estudos sobre a temática, a fim de propiciar aos estudantes proatividade, desenvolvimento e aprimoramento de habilidades para assistência em grandes catástrofes.

Outro estudo com abordagem descritiva, em que envolveu um cenário realístico com múltiplas vítimas e a participação de 40 profissionais da saúde em áreas específicas, permitiu evidenciar vulnerabilidades interprofissionais na comunicação entre pares em frente à condução do caso proposto. Todavia, o contexto da aprendizagem por meio da simulação demonstra a efetividade na preparação e aquisição do conhecimento perante as fragilidades encontradas (VILAÇA et al., 2020).

No estudo de Silva et al. (2020), em um cenário realístico de incidente em massa com a participação de educadores, graduandos (Enfermagem e Medicina) e profissionais das demais instituições governamentais (Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), a Coordenadoria Integrada de Operações Aéreas (CIOPAER) e o Corpo de Bombeiros), notabiliza-se nitidamente a importância da estratégia simulada no âmbito interdisciplinar, sendo possível propiciar o aprendizado construtivo ao qual contribuirá, para formação profissional e suas futuras experiências.

Neste contexto, destaca-se que planejamento educacional desenvolvido para utilização em um cenário realístico, intensifica as emoções, explora lacunas teóricas que servirão de gatilho para o desempenho prático em que subsidiará aquisição do raciocínio clínico e tomadas de decisões interdisciplinares (SILVA et al., 2020).

Outrossim, um estudo transversal, no cenário com incidência em múltiplas vítimas em 2017, salienta a preponderância da temática para formação multiprofissional e impulsiona o desenvolvimento do conhecimento, amplia os horizontes para práticas integradas com sincronia entre os saberes profissionais (LIMA et al., 2019).

Ainda, segundo Lima et al. (2019), considera-se a introdução da estratégia simulada ainda nos primeiros anos de graduação, o que possibilita alcançar a primazia na aprendizagem de maneira significativa e manter estabelecida as conexões interdisciplinares diante de competências técnicas assistenciais.

Um estudo fundamentado na metodologia da simulação clínica com 40 estudantes de medicina do primeiro e segundo ano, em um cenário de alta fidelidade demonstrou que a dinâmica simulada, possibilitou aos participantes a aquisição da autoconfiança e associação dos conhecimentos teóricos diante a realização de procedimentos técnicos assistenciais com múltiplas vítimas (GABLE et al., 2021).

Os cuidados que abrangem as circunstâncias com múltiplas vítimas se distinguem da rotina diária, neste contexto, destaca-se um suporte oportuno dentro de um prazo limitado, em que possibilita assistência para um maior quantitativo de legitimados (TEIXEIRA JÚNIOR, 2007; SMELTZER; BARE, 2005).

A deliberação da assistência em eventos com múltiplas vítimas reduz o índice de mortalidades no cenário, permite a sobrevivência dos envolvidos, contudo, para que haja efetividade no atendimento, é imprescindível a capacitação dos profissionais (SALVADOR et al., 2011).

3. MÉTODO

A pesquisa Avaliação do *debriefing* em um cenário simulado de atendimento a múltiplas vítimas no âmbito hospitalar (AMUVIAH) com graduandos de enfermagem de uma universidade pública do Paraná, faz parte do projeto guarda-chuva intitulado “Simulação Clínica Multiprofissional: Criação e Validação de Modelos, Cenários e Instrumentos de Avaliação” do Departamento de Enfermagem da UFPR.

A estruturação do plano de ensino envolveu o cenário do AMUVIAH e seguiu os modelos do atendimento a múltiplas vítimas e elaboração do roteiro teórico prático da atividade simulada de Fabri *et al.*, 2017. Este cenário é a sétima simulação clínica ministrada no 5º período, na disciplina de Enfermagem em Saúde do Adulto e Idoso no Curso de Graduação da referida Universidade.

O atendimento com múltiplas vítimas atendeu as orientações dos métodos de atendimento internacional e aplicado no Brasil para atendimento a múltiplas vítimas START (*simple triage and rapid treatment*), seguido do atendimento primário que corrobora no mnemônico XABCDE ¹⁴utilizado pelo ATLS (*Advanced trauma life*) e PHTLS (*Prehospital trauma life Support*) assim como de um roteiro do cenário elaborado para a realização da temática com os graduandos de Enfermagem.

Para a elaboração do roteiro de Fabri *et al.* (2017) houve o seguimento das etapas do roteiro da autora que é composto da seguinte maneira: experiência prévia do participante, objetivos primários e secundários da aprendizagem, embasamento teórico, organização e desenvolvimento do cenário, *debriefing* e avaliação, conforme descrito no ANEXO 4.

No que tange a composição da sétima simulação, destaca-se que foram elaborados sete cenários e eles, se mantêm em construção no contexto ao AMUVIAH com graduandos de enfermagem. Deste modo, a presente pesquisa avaliou apenas o *debriefing* do cenário simulado em questão.

Os graduandos tiveram acesso ao cenário por intermédio das demais simulações ocorridas anteriormente e conteúdos abordados por meio de um

¹⁴mnemônico XABCDE - X: faz referência ao controle de hemorragia externas; A: avaliação da permeabilidade das vias aéreas e proteção da coluna vertebral; B: respiração e verificação da perfusão; C: controle da circulação; D: nível de consciência e E: verificar lesões e controlar temperatura (PHTLS 9ª edição, 2019).

prontuário eletrônico, situado em um blog próprio para as aulas de simulação denominado: “Hospital Jardim Botânico (HBJ)”.

Foram informados quanto ao dia que ocorreria a simulação 7 com a temática AMUVIH, tiveram acesso com antecedência aos materiais de informação sobre atendimento a múltiplas vítimas, foram orientados a ingressar no blog: “Hospital Jardim Botânico (HBJ)” em que constava detalhamentos sobre ambiente do cenário de simulação da UFPR, assim como vídeos sobre a dinâmica simulada a ser realizada e material de apoio.

Os objetivos da pesquisa e as ações deram-se pelo delineamento do contexto da prática simulada, em que os participantes estavam familiarizados devido às outras seis simulações realizadas da disciplina.

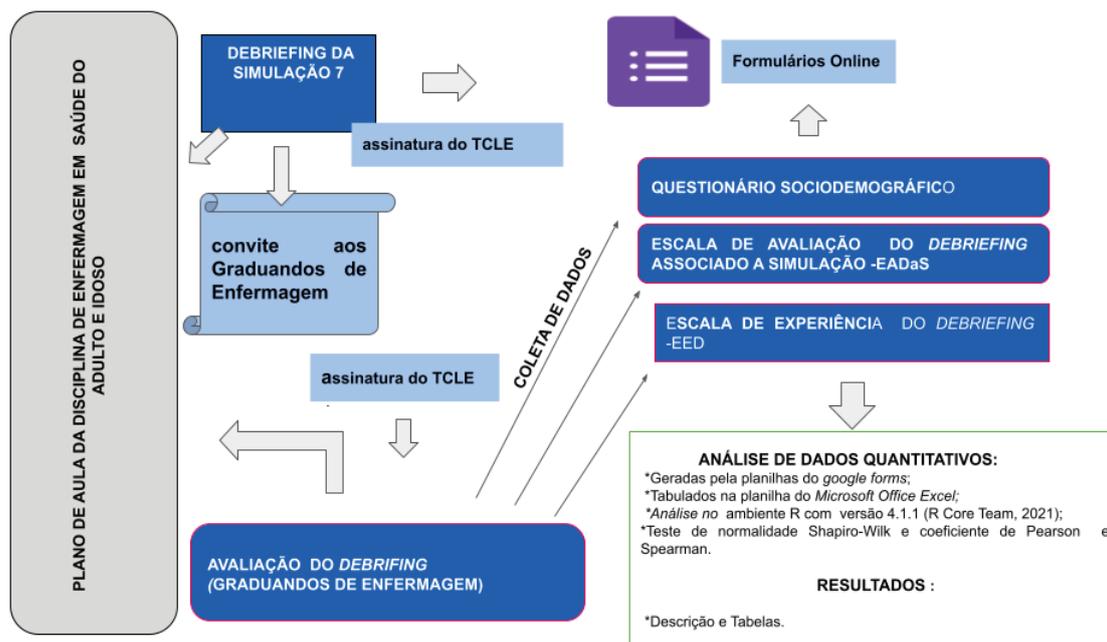
A Figura 4, apresenta o *layout* da pesquisa: Avaliação Do *Debriefing* em um Cenário Clínico Simulado de Atendimento A Múltiplas Vítimas no Âmbito Hospitalar Com Graduandos De Enfermagem no contexto do projeto guarda-chuva: Simulação Clínica Multiprofissional: Criação e Validação de Modelos, Cenários e Instrumentos de Avaliação (2021), associado ao plano de aula da Simulação 7 da Disciplina de Enfermagem em Saúde do Adulto e Idoso (2022).

FIGURA 4 - LAYOUT DA PESQUISA: AVALIAÇÃO DO *DEBRIEFING* EM CENÁRIO CLÍNICO SIMULADO DE ATENDIMENTO A MÚLTIPLAS VÍTIMAS NO ÂMBITO HOSPITALAR COM GRADUANDOS DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DO PROJETO GUARDA-CHUVA: SIMULAÇÃO CLÍNICA MULTIPROFISSIONAL: CRIAÇÃO E VALIDAÇÃO DE MODELOS, CENÁRIOS E INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO (2021) E O PLANO DE AULA DA SIMULAÇÃO 7 DA DISCIPLINA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE DO ADULTO E IDOSO (2022)



Fonte: A autora, Curitiba (2022).

FIGURA 5 - LAYOUT DA OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO



Fonte: A autora, Curitiba (2022).

A simulação 7 ocorreu em um único momento, no dia 31 de agosto de 2022, com início às 07:30 da manhã com a docente da disciplina fornecendo informação sobre o caso proposto e explicação da dinâmica a ser realizada aos 30 graduandos de Enfermagem, aos três residentes da urgência e emergência do Complexo Hospitalar de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR), um mestrando do PPGENF, dois atores e três docentes da disciplina em sequência, deu-se a divisão dos grupos.

Em continuidade, os 39 participantes foram divididos em grupos com sete estações¹⁵: UTI Geral (5); UTI Cardiológica (5); Unidade de Médio Risco (5); Enfermaria (7); Central de regulação de leitos (2); Serviço de atendimento médico de Urgência (SAMU) (4); Comunicação de Má Notícia (2); Médicos (3); Acompanhante (1); Pacientes (2), posteriormente encaminhados às mesmas, no qual encontravam-se os facilitadores da disciplina em que dar-se a simulação 7.

¹⁵ Estações: locais em que ocorrem as ações simuladas ordenadas com tempo de começo e conclusão, sob a ótica dos facilitadores em simulação e participantes, e pode ter registro por meio de materiais audiovisuais (LIMA; D'EÇA JUNIOR et al., 2021).

As estações eram compostas de cenários de alta fidelidade, com simuladores de alta e média¹⁶ fidelidade, participantes utilizando vestimentas respectivas das estações a fim de propiciar realismo ao cenário. Os seis convidados (residentes, mestrando e atores profissionais) foram convidados para integrar a contextualização da dinâmica, ao qual propiciou aos graduandos mais realismo durante a simulação.

Os graduandos e atores desenvolveram-se na dinâmica da simulação conforme quadro a seguir:

QUADRO 8 - PLANEJAMENTO DAS ESTAÇÕES, PARTICIPANTES E ATORES DINÂMICA DA SIMULAÇÃO

ESTAÇÕES	PARTICIPANTE	ATORES
UTI GERAL	4 ENFERMEIROS E 1 SUPERVISORA	2 ATORES DO SEXO MASCULINO (PACIENTE / RESIDENTE-MÉDICO)
UTI CARDIOLÓGICA	4 ENFERMEIROS E 1 SUPERVISORA	2 ATORES DO SEXO FEMININO (PACIENTE /RESIDENTE-MÉDICO)
UNIDADE DE MÉDIO RISCO	4 ENFERMEIROS E 1 SUPERVISORA	1 ATOR DO SEXO FEMININO (RESIDENTE-MÉDICO)
ENFERMARIA	6 ENFERMEIROS E 1 SUPERVISORA	1 ATOR DO SEXO MASCULINO (ACOMPANHANTE)
CENTRAL DE REGULAÇÃO DE LEITOS	2 ENFERMEIROS	
SAMU	4 ENFERMEIRAS	
COMUNICAÇÃO DE MÁ NOTÍCIA	2 ENFERMEIRAS	

Fonte: A autora (2022).

Nota: os participantes são os estudantes da disciplina de Enfermagem em Saúde do Adulto e Idoso.

No prosseguimento da dinâmica, às 11:00 horas da manhã, os participantes direcionaram-se à sala, para realização do *debriefing* com os facilitadores da disciplina e a pesquisadora que observação todo desenvolvimento das reflexões.

Os facilitadores categorizam três aspectos centrais para o *debriefing*: 1- os sentimentos diante da simulação, 2 - aspectos positivos na simulação e 3 -pontos a

¹⁶ São simuladores que dispõe de interação limitada com os participantes, podendo ser utilizado em treinamentos de habilidades específicas tanto de maneira individual quanto em grupo. (TUN et al., 2015).

serem aprimorados, sendo externados de maneira verbal pelos graduandos de enfermagem, tendo ocorrido reflexões diversas.

No encerramento as 12:000 horas, os graduandos foram convidados a participarem da presente pesquisa (avaliação do *debriefing*), e os que aceitaram assinaram o TCLE (APÊNDICE 1).

A participação deu-se por meio de respostas a perguntas estruturadas em formulários *on-line* contendo: dados sociodemográficos e as escalas de avaliação: EED e EADaS. O link para acesso aos formulários foi enviado ao grupo do *WhatsApp* da turma, em posse de internet própria e de uso da rede WI-FI da UFPR bloco didático II, do Campus Jardim Botânico.

O tempo estimado para as respostas sucedeu-se no prazo de 24 horas minutos. As respostas foram aceitas dentro do prazo estabelecido a fim de não gerar conflitos de interesse da pesquisa, comunicado à líder da turma participante o encerramento das respostas dos materiais da pesquisa.

A composição dos grupos de estudantes do 5º período do Curso de Graduação em Enfermagem ocorreu de maneira aleatória, a fim de realizarem a prática simulada no cenário de atendimento a múltiplas vítimas desenvolvido no Laboratório de práticas e cuidados de Enfermagem do Curso de Enfermagem da UFPR.

A simulação 7 decorreu em momentos distintos, conforme apresentado no Quadro 9 e Anexo 4:

QUADRO 9- FASES DA SIMULAÇÃO NO CENÁRIO DE ATENDIMENTO A MÚLTIPLAS VÍTIMAS NO ÂMBITO HOSPITALAR COM GRADUANDOS DE ENFERMAGEM

Fases	Explicação	Tempo
<i>Pré -Briefing</i>	Envio de materiais impressos ou audiovisuais para colaborar no entendimento da temática na dinâmica a ser aplicada.	Tempo: 30 dias
<i>Briefing</i>	Explicação sobre o cenário, apresentação do paciente simulado, os objetivos, as distribuições de papéis.	Tempo: 1h 30 minutos
Execução	Cena ocorreu baseado em um caso clínico hipotético, elaborado pelo autor do cenário, conforme (ANEXO 6).	Tempo: 1h 19 minutos
<i>Debriefing</i>	Estruturado com reflexões das ações realizadas.	Tempo: 2 horas

Fonte: A autora (2022).

O *debriefing* finalizou o plano de aula da disciplina de Enfermagem em Saúde do Adulto e Idoso com o cenário de AMUVIH, em que teve o convite aos graduandos para coleta de dados por intermédio dos materiais on-line (Apêndices 1 e 3; Anexos 1 e 2).

3.1. TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa com delineamento descritivo e transversal.

De acordo com Gil (1999); Silva; Menezes (2001), Silva (2004); Creswell (2007), as pesquisas quantitativas são aplicadas quando é preciso avaliar dados de variáveis numéricas por meio de recursos estáticos, análise das porcentagens, médias e desvios.

Em relação ao delineamento descritivo em conformidade com Gil (1991), as pesquisas descritivas permitem a caracterização dos dados encontrados na pesquisa, por intermédio de ferramentas tanto avaliativas quanto observacionais.

Concemente as pesquisas transversais, são compreendidas na investigação dos dados de variáveis em um tempo específico, para associar os achados a um evento ou ação determinada (VIEIRA; HOSSNE, 2015).

3.2. ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

A pesquisa teve sua aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), da Universidade Federal do Paraná (UFPR) com número do CAAE :51163921.7.0000.0102, com número de parecer 5158773 (ANEXO 3).

A referida pesquisa atendeu aos preceitos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, quanto às diretrizes e normas para pesquisas envolvendo seres humanos e foi aprovada pelo Comitê de ética da Instituição CHC-UFPR.

Os facilitadores do plano de aula, consentiram a participação da pesquisadora e assinaram o TCLE (Apêndice 1), os graduandos de enfermagem do 5º período foram convidados a participarem do *debriefing* referente ao plano de aula da disciplina de saúde do adulto e idoso com cenário simulado de atendimento a múltiplas vítimas no âmbito hospitalar, aqueles que aceitaram participar da avaliação do *debriefing*,

assinaram o TCLE (APÊNDICE 1), e responderam os instrumentos de coleta de dados.

Vale ressaltar que durante o percurso do *debriefing* foi realizada gravação de áudio e vídeo para auxílio de informações da coleta da pesquisa, e ambos (facilitadores e graduandos) assinaram o termo de solicitação de uso de imagem e som de voz para pesquisa Anexo 2.

3.3. LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em uma Universidade Pública do Sul do País. Na ambiência está incluído o saguão do bloco didático que dá acesso aos laboratórios de práticas e cuidado de Enfermagem e as salas de aulas nos andares superiores, contendo espaço arejado e com algumas cadeiras, sala de espera com lugares para acomodação dos estudantes e de pacientes da terapia ocupacional que fica em salas em frente às do laboratório de práticas e cuidado de Enfermagem, corredor amplo com objetivo de acessibilidade aos participantes.

Os laboratórios de práticas e cuidado de Enfermagem são constituídos de quatro espaços físicos, que são transformados em estações, com cenários de alta fidelidade, média e baixa conforme composição no quadro a seguir :

QUADRO 10- COMPOSIÇÃO DOS LABORATÓRIOS DE PRÁTICAS E CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE UM UNIVERSIDADE PÚBLICA DO SUL DO BRASIL.

LABORATÓRIO 1	LABORATÓRIO 2	LABORATÓRIO 3	LABORATÓRIO 4
2 simuladores de alta fidelidade	2 simuladores de alta fidelidade,	2 simuladores de alta fidelidade,	6 simuladores de alta, média e baixa fidelidade
biombos para separação dos pacientes	biombos para separação dos pacientes	divisória de vidro espelhado	máquina seladora para treinamento de armazenamento de artigos hospitalares,

armários e prateleiras para estoque de materiais	armários e prateleiras para estoque de materiais	armários e prateleiras para estoque de materiais	diversos biombos (devido ao ambiente ser maior)
Régua de gases medicinais, monitores multiparamétricos e carrinhos de emergência clínica.	Régua de gases medicinais, monitores multiparamétricos e carrinhos de emergência clínica.	régua de gases medicinais monitores multiparamétricos e carrinhos de emergência clínica,	armários e prateleiras para armazenar vestimentas e diversos materiais do âmbito hospitalar.
camas hospitalares,	camas hospitalares,	camas hospitalares,	geladeira para armazenamento de medicações, soros, hemocomponentes e vacinas simuladas
peças anatômicas para utilização de simulação híbrida.	peças anatômicas para utilização de simulação híbrida.	peças anatômicas para utilização de simulação híbrida.	peças anatômicas para utilização de simulação híbrida.
			cadeira de rodas e banho
			1 maca para transporte
			monitores multiparamétricos e carrinhos de emergência clínica
			camas hospitalares
			régua de gases medicinais
			2 mesas com cadeiras sendo: uma para treinamento de habilidades específicas com simuladores de baixa fidelidade, treinamento de práticas em comunicação e discussões de casos.

Fonte: A autora, Curitiba (2022).

Os laboratórios são estruturados para desenvolvimento de aulas práticas em Enfermagem, sendo possível desenvolver várias estações com cenários variados conforme objetivo do plano de aula. Os laboratórios são compostos de espaços para realização de instrução verbal antes do desenvolvimento das práticas (*briefing*), área

para execução da simulação com materiais hospitalares e simuladores conforme descrito no Quadro 10 e área para realização das reflexões após a realização dinâmica simulada (*debriefing*).

O espaço em que ocorreu o *debriefing* foi uma sala de aula composta por mesas e cadeiras; com acústica e luminosidade e um ambiente que permitisse trazer segurança aos estudantes.

3.4. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Os participantes da pesquisa foram os graduandos em Bacharelado em Enfermagem de uma universidade pública do sul do país, matriculados no 5^a período na disciplina de Enfermagem em Saúde do Adulto e idoso. Para participação na pesquisa os graduandos obedeceram aos critérios de inclusão e exclusão.

Os critérios de inclusão compreenderam: ser regularmente matriculado na disciplina de Enfermagem da saúde do adulto e idoso do Curso de Graduação da referida Universidade, independentemente do sexo e comparecer a simulação no dia e horário marcado pelos facilitadores. Foram critérios de exclusão: afastamento das atividades acadêmicas por motivo de saúde e não responder os instrumentos *on-line* dentro do prazo estabelecido.

A amostra foi por conveniência, com todos os 30 graduandos de Enfermagem da disciplina de Enfermagem em Saúde do Adulto e Idoso. O valor da amostra é total, tendo uma margem de erro $E = 0.01\%$, considera-se que os estudantes estão devidamente matriculados na disciplina que foi realizado o cenário o que corrobora em um grau de confiança de 99%.

Destaca-se que o curso de Graduação em Enfermagem desta Universidade é composto de 10 períodos, contendo disciplinas fracionadas nas bases biológicas, sociais, humanas e exatas aplicadas à Enfermagem; cuidado de Enfermagem na trajetória de vida e no resgate da cidadania e disciplinas optativas interligadas.

A simulação é uma metodologia ativa que atende os preceitos do Projeto pedagógico do curso de graduação em Enfermagem, no que tange às concepções pedagógicas adotadas quanto ao aprendizado prático, ao qual salientam a importância do desenvolvimento de habilidades e competências profissionais dos graduandos em um ambiente simulado, caracterizado por ser livre de riscos ou danos, para posteriormente terem o contato com o paciente real.

O Projeto Pedagógico de Enfermagem da referida universidade encontra-se de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais de Enfermagem (CNE/CES 1133/2001), em que articula a formação acadêmica dos graduandos do 5ª período de Enfermagem matriculados na disciplina em que ocorreu a simulação, para a ascensão do raciocínio clínico, crítico, com a ótica voltada para o aprendizado interdisciplinar, com a capacidade de tomada de decisões assertivas.

3.5. COLETA DOS DADOS E INSTRUMENTOS

A coleta de dados ocorreu no segundo semestre de 2022, respectivamente, no último dia do mês de agosto (30 de agosto). Foi realizado o convite aos graduandos de Enfermagem para que respondessem os formulários *on-line* após a realização do *debriefing*: questionário sociodemográfico e escalas para avaliação do *debriefing* correspondentes a pesquisa (Anexo 1 e 2).

3.5.1. Avaliação

A avaliação ocorreu por formulários *on-line*, as respostas dos graduandos sucederam-se por meio de celular próprio, usando a internet pessoal ou da Universidade, ao qual foi disponibilizado um *link* pela pesquisadora no grupo do *WhatsApp* da Turma.

Após disponibilização do *link* e acesso, foram direcionados aos *software* de administração de pesquisas gratuito - *Google Forms*, com os instrumentos avaliativos, a seguir: Questionário sociodemográfico (Apêndice 3); Escala de Experiência no *Debriefing* (EED) (ANEXO 1); Escala de Avaliação do *Debriefing* associado a simulação (EADaS) (ANEXO 2).

3.5.3. Instrumentos de coleta de dados

Os instrumentos para coleta de dados foram: a) Questionário sociodemográfico para caracterização dos participantes da pesquisa b) Escala de Experiência com o *Debriefing* (EED) (ANEXO 1) e c) Escala de Avaliação do *Debriefing* associado à Simulação (EADaS) (ANEXO 2).

3.5.3.1 Questionário Sociodemográfico

Ao aceitar participar da pesquisa, os participantes responderam um questionário sociodemográfico no *Google Forms* para caracterização sociodemográfica da amostra (Apêndice 4).

O questionário constou de perguntas objetivas: identificação, sexo, idade, se possui formação em técnico de enfermagem, curso de socorrista, em caso afirmativo quanto tempo de formação de curso técnico ou curso de socorrista, se tem experiência com paciente de urgência e emergência e se já teve experiência com acidente envolvendo múltiplas vítimas.

3.5.3.3. Escala de Experiência com o *Debriefing* (EED)

As Escalas de origem americana, criada por Reed (2012), de avaliação do *debriefing* EED é composta de 20 itens com quatro fatores sobre a experiência do *debriefing* tais como: analisando os pensamentos e sentimentos, aprendendo e fazendo conexões, habilidades do professor em conduzir o *debriefing* e orientações apropriadas, conforme o Quadro 11.

QUADRO 11 - DIVISÃO DA ESCALA DA EXPERIÊNCIA DO *DEBRIEFING* (EED) SEGUNDO OS FATORES AVALIADOS.

Fator	Item
1- Analisando os pensamentos e sentimentos	1,2,3,4
2- Aprendendo e fazendo conexões	5,6,7,8,9,10,11,12;
3- Habilidades do professor em conduzir o <i>debriefing</i>	13,14,15,16,17
4- Orientações apropriada do professor	18,19, 20.

Fonte: Elaborado pela autora, baseado em Almeida *et al.* (2016).

Este material foi traduzido e validado por Almeida *et al.*, (2016) para cada pergunta é atribuída uma pontuação de um a cinco de acordo com a escala do tipo *Likert*, apresentados em: 1- discordo totalmente; 2- discordo; 3- nem concordo, nem discordo; 4- concordo; 5 -concordo totalmente.

Sua pontuação mínima (1) e a máxima (5), com índice de confiança de 0,94 na experiência com o *debriefing* e 0,96 na importância do item conforme o coeficiente

Alfa de *Cronbach* citado pelos autores da tradução. Considera-se para avaliação satisfatória os valores de escores com pontuações maiores (ALMEIDA *et al.*, 2016).

3.5.3.4. Escala de Avaliação do *debriefing* associado a simulação (EADaS)

A escala EADaS é composta de 34 domínios acerca das emoções como: valor psicossocial, afetivo e cognitivo dos participantes diante a simulação (Coutinho, Martins e Pereira, 2014), como apresentado no Quadro 13.

QUADRO 12 – DIVISÃO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DO *DEBRIEFING* ASSOCIADO A SIMULAÇÃO (EADAS) SEGUNDO OS DOMÍNIOS.

Domínios	Itens
Valor psicossocial	16, 17, 19, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 30, 32 e 33,
Valor cognitivo	1, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 12 e 13
Valor afetivo	2, 5, 9, 11, 14, 15, 18, 20, 24, 29, 31 e 34

Fonte: Elaborado pela autora, baseado em Coutinho; Martins; Pereira (2014).

As pontuações seguem do tipo *Likert*: 1- discordo completamente, 2 -discordo, 3- nem concordo nem discordo, 4- concordo e 5- concordo completamente. De acordo com os autores da tradução, a propriedade psicométrica de *Alfa* de *Cronbach* corresponde ao valor de 0,80 em todas as dimensões. Atribui-se aos escores com valores menores como significativo para avaliação satisfatória no valor afetivo (COUTINHO; MARTINS; PEREIRA, 2014).

3.7. ANÁLISE DOS DADOS E VARIÁVEIS

Para análise quantitativa houve a necessidade do auxílio de um profissional da estatística para melhor acurácia da pesquisa. Os resultados foram agrupados de forma descritiva, por tabelas distribuídas em frequência simples (n) e relativa (%) das variáveis do questionário sociodemográfico, escores dos fatores da escala (EED) e valores da escala (EADaS).

O questionário sociodemográfico e as escalas de avaliações do *debriefing*, foram geradas pelas planilhas do *Google Forms*, tabulados na planilha do *Microsoft Office Excel* e analisados estatisticamente no ambiente R com versão 4.1.1 (R Core Team, 2021).

Para melhor visualização das análises do questionário sociodemográfico e escalas de avaliação do *debriefing*, foram produzidas tabelas dos resultados e em

sequência as análises foram descritas conforme a frequência absoluta (n) e relativa (%).

Sequencialmente, aconteceu a obtenção de escores para análise estatística descritiva dos dados com estimativa de média, mediana do desvio padrão dos percentis (25% a 75%) dos escores de cada domínio e fator dos instrumentos de avaliação de acordo com os artigos de validação deles.

Posteriormente, foi realizado as correlações p-valor entre os escores dos fatores da experiência do *debriefing*, os coeficientes de correlação p-valor e entre os escores acerca das emoções e correlação entre p-valor entre os escores dos fatores sobre a experiência do *debriefing entre os escores dos domínios* acerca das emoções por intermédio do teste de *Pearson* e *Spearman*.

4. RESULTADOS

Com a finalidade de elucidar os objetivos propostos da pesquisa, os dados quantitativos foram organizados da seguinte maneira: perfil dos participantes da pesquisa e análise das escalas *EED* e *EADaS*.

4.1 DADOS QUANTITATIVOS

Os dados quantitativos serão dissertados em subcapítulos: Perfil dos participantes da pesquisa e análise das escalas de avaliação do *debriefing* (*EED* e *EADaS*). Para contribuir com a análise dos resultados optou-se pela visibilidade por intermédio das tabelas com os resultados descritivos e analíticos.

4.2 Perfil dos participantes da pesquisa

A pesquisa foi realizada com 28 participantes graduandos do 5º período do Curso de Graduação em Enfermagem por meio de formulários *on-line*. A simulação desenvolveu-se no espaço dos laboratórios de Práticas e Cuidados de Enfermagem na referida universidade.

TABELA 1- ANÁLISE DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, CURITIBA (2022).

Variável		n	%
Você aceita voluntariamente participar deste estudo?	Sim	28	100
Sexo	Feminino	26	92,86
	Masculino	2	7,14
Idade	20 a 30 anos	27	96,43
	31 a 40 anos	1	3,57
Possui formação técnica na área de enfermagem?	Não	27	96,43
	Sim	1	3,57
Em caso afirmativo, há quanto tempo (anos e meses)?	20 anos	1	3,57
	Não possui	1	3,57
	Não informado	26	92,86
Possui curso de socorrista?	Não	27	96,43
	Sim	1	3,57
Possui experiência com paciente de urgência e emergência?	Não	26	92,86
	Sim	2	7,14

Já teve experiência com acidente envolvendo múltiplas vítimas?	Não	28	90,32
--	-----	----	-------

Fonte: A autora, 2022.

A Tabela 1 obteve-se informações da caracterização sociodemográfica com n=28 (100%) participantes que nunca tiveram experiência com acidente envolvendo múltiplas vítimas, destaca-se n=26 (92,86%) com predominância do sexo feminino e sem experiência com paciente de urgência e emergência; n=27 (96,43%) possuem idade entre 20 a 30 anos e sem formação técnica na área de Enfermagem e/ou curso de socorrista.

4.3 Análise das escalas *EED* e *EADaS*

Os resultados foram descritos em conformidade com as respostas dos graduandos: Escala de Experiência do *Debriefing* (*EED*) e *Escala de Avaliação do Debriefing Associada a Simulação* (*EADaS*).

4.3.1 Escala de Experiência do *Debriefing*

Os resultados da *EED* buscam apontar como os estudantes vivenciaram a prática simulada e nesse subcapítulo será apresentado os resultados da análise descritiva dos fatores sobre a experiência do *debriefing* (*EED*) conforme descritos no Quadro 12.

TABELA 2- ANÁLISE DESCRITIVA DAS FREQUÊNCIAS DOS FATORES SOBRE A EXPERIÊNCIA DO DEBRIEFING ANALISANDO OS PENSAMENTOS E SENTIMENTOS, CURITIBA (2022).

FATORES	NÍVEL DE CONCORDÂNCIA	n	%
O <i>debriefing</i> me ajudou a analisar meus pensamentos	Discordo totalmente	1	3,57
	Não concordo e nem discordo	1	3,57
	Concordo	20	71,43
	Concordo totalmente	6	21,43
O professor reforçou aspectos do comportamento da equipe de saúde	Discordo	1	3,57
	Não concordo e nem discordo	4	14,29
	Concordo	17	60,71
	Concordo totalmente	6	21,43
O ambiente de <i>debriefing</i> foi fisicamente confortável	Discordo totalmente	1	3,57
	Discordo	2	7,14
	Não concordo e nem discordo	4	14,29
	Concordo	13	46,43
	Concordo totalmente	8	28,57
Sentimentos incorretos foram resolvidos por meio do <i>debriefing</i>	Discordo totalmente	2	7,14
	Discordo	4	14,29

Não concordo e nem discordo	8	28,57
Concordo	11	39,29
Concordo totalmente	3	10,71

Fonte: A autora, Curitiba (2022).

Na Tabela 2, relacionado ao fator : “Analisando os pensamentos e sentimentos”, n= 26 (92,86%) dos participantes concordam que “o *debriefing* ajudou a analisar seus pensamentos”; n=23 (82,14%) concordam ou concordam plenamente que “o professor reforçou aspectos do comportamento da equipe de saúde”; n= 21 (75%) concordam que “O ambiente de *debriefing* foi fisicamente confortável”, n= 8 (28,57%) n(=8), nem concordam e nem discordam sobre se os “sentimentos incorretos foram resolvidos por meio do *debriefing*”, e finalmente n=11 (39,29%) concordam que sentimentos incorretos foram resolvidos.

TABELA 3- ANÁLISE DESCRITIVA DAS FREQUÊNCIAS DOS FATORES SOBRE A EXPERIÊNCIA DO *DEBRIEFING* APRENDENDO E FAZENDO CONEXÕES, CURITIBA (2022).

FATORES	NÍVEL DE CONCORDÂNCIA	n	%
O <i>debriefing</i> ajudou-me a fazer conexões na minha aprendizagem	Concordo	21	75
	Concordo totalmente	7	25
O <i>debriefing</i> foi útil para processar a experiência de simulação.	Não concordo e nem discordo	1	3,57
	Concordo	18	64,29
	Concordo totalmente	9	32,14
O <i>debriefing</i> proporcionou-me oportunidades de aprendizagem.	Discordo	1	3,57
	Não concordo e nem discordo	2	7,14
	Concordo	13	46,43
	Concordo totalmente	12	42,86
O <i>debriefing</i> ajudou-me a encontrar um significado na simulação.	Discordo	1	3,57
	Não concordo e nem discordo	4	14,29
	Concordo	13	46,43
	Concordo totalmente	10	35,71
As minhas dúvidas da simulação foram respondidas pelo <i>debriefing</i>	Discordo totalmente	3	10,71
	Discordo	4	14,29
	Não concordo e nem discordo	6	21,43
	Concordo	12	42,86
	Concordo totalmente	3	10,71
Tornei-me mais consciente de mim mesmo durante a sessão de <i>debriefing</i> .	Discordo totalmente	2	7,14
	Discordo	1	3,57
	Não concordo e nem discordo	3	10,71
	Concordo	12	42,86
	Concordo totalmente	10	35,71
O <i>debriefing</i> ajudou-me a esclarecer problemas.	Discordo totalmente	1	3,57
	Discordo	5	17,86
	Não concordo e nem discordo	6	21,43
	Concordo	10	35,71
	Concordo totalmente	6	21,43
O <i>debriefing</i> ajudou-me a fazer conexões entre teoria e situações da vida real.	Discordo	1	3,57
	Não concordo e nem discordo	5	17,86
	Concordo	14	50
	Concordo totalmente	8	28,57

Fonte: A autora, Curitiba (2022).

Referente a Tabela 3 sobre o fator: “Aprendendo e fazendo conexões” obteve-se os seguintes resultados: Há uma concordância de n=28 (100%) dos participantes do estudo que “o *debriefing* ajudou a fazer conexões na aprendizagem”, isto é, concordam totalmente; n=27 (96,43%) concordam que “O *debriefing* foi útil para processar a experiência de simulação”, n= 25 (89,29%) a maioria concordam sobre esta afirmação “O *debriefing* proporcionou oportunidades de aprendizagem”; n=23 (82,14%) concordam integralmente que “O *debriefing* ajudou a encontrar um significado na simulação”; n=6 (21,43%) não concordam e nem discordam que “As dúvidas da simulação foram respondidas pelo *debriefing*”, e n=15 (53,57%), concordam plenamente; n=22 (78,57%) concordam ou concordam totalmente que “tornaram se mais consciente de si mesmo durante a sessão de *debriefing*”; n=16 (57,14%) concordam ou concordam perfeitamente que “O *debriefing* ajudou a esclarecer problemas”, entretanto n=5 (17,86%) discordam, n=6 (21,43%) não concordam e nem discordam, e, por fim n=22 (78,57%) concordam ou concordam totalmente que “O *debriefing* ajudou a fazer conexões entre teoria e situações da vida real”, mas n=5 (17,86%) não concordam e nem discordam.

TABELA 4- ANÁLISE DESCRITIVA DAS FREQUÊNCIAS DOS FATORES SOBRE A EXPERIÊNCIA DO *DEBRIEFING* NA HABILIDADE DO PROFESSOR, CURITIBA (2022).

FATORES	NÍVEL DE CONCORDÂNCIA	n	%
O professor permitiu-me tempo suficiente para verbalizar meus sentimentos antes dos comentários	Concordo	12	42,86
	Concordo totalmente	16	57,14
Na sessão de <i>debriefing</i> o professor fez os esclarecimentos corretos.	Discordo	2	7,14
	Não concordo e nem discordo	7	25
	Concordo	12	42,86
	Concordo totalmente	7	25
	Não concordo e nem discordo	2	7,14
O <i>debriefing</i> forneceu um meio para eu refletir sobre minhas ações durante a simulação.	Concordo	16	57,14
	Concordo totalmente	10	35,71
	Discordo	6	21,43
Eu tive tempo suficiente para esclarecer meus questionamentos.	Não concordo e nem discordo	4	14,29
	Concordo	13	46,43
	Concordo totalmente	5	17,86
Na sessão de <i>debriefing</i> o professor foi um especialista na temática desenvolvida na simulação.	Não concordo e nem discordo	6	21,43
	Concordo	17	60,71
	Concordo totalmente	5	17,86

Fonte: A autora, Curitiba (2022).

A Tabela 4 sobre o fator: “Habilidades do professor em conduzir o *debriefing*”, n=28 (100%) dos participantes concordam absolutamente que o “professor permitiu tempo suficiente para verbalizar os sentimentos antes dos comentários” e que “tiveram

tempo suficiente para esclarecer os questionamentos”; n=19 (67,86%) concordaram na sua totalidade que “na sessão de *debriefing* o professor fez os esclarecimentos”; n=26 (92,85%) concordam ou concordam completamente que “o *debriefing* forneceu um meio refletir sobre as ações durante a simulação”. Todavia, n=6 (21,43%) não concordam e nem discordam que “Na sessão de *debriefing* o professor foi um especialista na temática desenvolvida na simulação” em relação ao percentil de n=22 (78,57%) que concordam perfeitamente.

TABELA 5- ANÁLISE DESCRITIVA DAS FREQUÊNCIAS DOS FATORES SOBRE A EXPERIÊNCIA DO *DEBRIEFING* NA ORIENTAÇÃO APROPRIADA DO PROFESSOR, CURITIBA (2022).

FATORES	NÍVEL DE CONCORDÂNCIA	n	%
O professor ensinou a quantidade certa durante a sessão de <i>debriefing</i>	Discordo	2	7,14
	Discordo totalmente	1	3,57
	Não concordo e nem discordo	9	32,14
	Concordo	13	46,43
	Concordo totalmente	3	10,71
O professor realizou uma avaliação construtiva da simulação durante o <i>debriefing</i> .	Discordo	1	3,57
	Não concordo e nem discordo	2	7,14
	Concordo	18	64,29
	Concordo totalmente	7	25
O professor forneceu orientação adequada durante o <i>debriefing</i> .	Discordo	2	7,14
	Não concordo e nem discordo	2	7,14
	Concordo	18	64,29
	Concordo totalmente	6	21,43

Fonte: A autora, Curitiba (2022).

Na Tabela 5 em relação ao quarto fator: “Orientação apropriada do professor” n=9 (32,14%) não concordam e nem discordam comparado a n=13 (46,43%) que concordam que “O professor ensinou a quantidade certa durante a sessão de *debriefing*”; n=25 (89,29%) concordam na sua integralidade com “O professor realizou uma avaliação construtiva da simulação durante o *debriefing*” e n=24 (“85,72%) concordam redondamente quanto ao professor forneceu orientação adequada durante o *debriefing*.”

TABELA 6- ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS FATORES SOBRE A EXPERIÊNCIA DO *DEBRIEFING*, CURITIBA (2022).

FATORES E VALORES DOS ESCORES	n	m	dp	p-valor*
Analisando os pensamentos e sentimentos (4-20)	28	15,3	2,2	0,200
Aprendendo e fazendo conexões (8-40)	28	31,8	4,9	0,560
Habilidades do professor em conduzir o <i>debriefing</i> (5-25)	28	20,3	2,8	0,540
Orientações apropriada (3-15)	28	11,6	2,1	0,002

Fonte: A autora, Curitiba (2022).

Nota: No teste de normalidade de *Shapiro-Wilk*, quanto maior o valor de p-valor mais homogêneo e menos heterogêneo, quanto menor o valor de p-valor mais heterogêneo e menos homogêneo.

A Tabela 6 se refere aos escores dos fatores da Escala *EED*, percorridos a partir de um $n = 28$, utilizado o teste de normalidade *Shapiro-Wilk* em que se adquire as medianas (m) e o desvio padrão (dp) por intermédio dos fatores: "Analisando os pensamentos e sentimentos" $m=15,3$, $dp= 2,2$; "Aprendendo e fazendo conexões" $m=31,8$, $dp =4,9$, "Habilidades do professor em conduzir o *debriefing*" $m= 20,3$, $dp= 2,8$ e "orientação apropriada do professor" $m =11,6$, $dp= 2,1$.

TABELA 7 - COEFICIENTES DE CORRELAÇÃO(COR) E P-VALOR ENTRE OS ESCORES DOS FATORES SOBRE A EXPERIÊNCIA DO *DEBRIEFING*, CURITIBA (2022).

Variáveis/coeficientes	Aprendendo e fazendo conexões		Habilidades do professor em conduzir o <i>debriefing</i>		Orientações apropriada do professor	
	Cor	p-valor	cor	p-valor	cor	p-valor
Analisando os pensamentos e sentimentos	0,65	<0,001	0,62	<0,001	0,51	0,006
Aprendendo e fazendo conexões			0,58	0,001	0,55	0,003
Habilidades do professor em conduzir o <i>debriefing</i>					0,61	0,001

Fonte: A autora, Curitiba (2022).

Nota: destaca-se que os valores com p-valor menor que 0,05 são considerados positivos e significantes, ao passo que os valores p-valor acima de 0,05 são considerados negativos e insignificantes.

No que se refere a Tabela 7 foi realizado as correlações entre as variáveis, coeficientes e p-valor dos escores dos fatores de experiência do *debriefing*, sendo utilizado a correlação *Pearson e Spearman*.

Diante da análise percebe-se que os coeficientes aprendendo e fazendo conexões relacionam-se significativamente com as variáveis "analisando os pensamentos e sentimentos", "aprendendo e fazendo conexões", "habilidades do professor em conduzir o *debriefing*" e "orientações apropriadas do professor" ao destacar a correlação de 0,65 e p-valor menor que 0,05.

Em relação ao coeficiente habilidades do professor em conduzir o *debriefing*, obteve-se as correlações entre as variáveis analisando os pensamentos e sentimentos com 0,62, aprendendo e fazendo conexões e habilidades do professor em conduzir o *debriefing* ambos com 0,58, todos com valor-p menor que 0,05.

No que tange o coeficiente às orientações apropriadas, relaciona-se as correlações com as variáveis aprendendo e fazendo conexões com 0,55 e habilidades do professor em conduzir o *debriefing* 0,61 com escores expressivos e p-valor menor que 0,05. No entanto ao correlacionar o coeficiente orientações apropriadas do

professor com a variável analisando os pensamentos e sentimentos exibem um valor de 0,51 que estatisticamente é favorável, mas apontam p- valor maior que 0,05 que estatisticamente não é significativo.

4.3.2 Escala de avaliação do *debriefing* associado a simulação

Os resultados da EADaS buscam apontar como os estudantes vivenciaram a prática simulada e nesse subcapítulo será apresentado os resultados da análise descritiva dos domínios dos valores da escala no QUADRO 13.

Os resultados apresentados são referentes aos valores psicossocial, cognitivo e afetivo.

TABELA 8- ANÁLISE DESCRITIVA DAS FREQUÊNCIAS DOMÍNIOS ACERCA DAS EMOÇÕES DO VALOR PSICOSSOCIAL, CURITIBA (2022).

DOMÍNIOS	NÍVEL DE CONCORDÂNCIA	(continua)	
		n	%
Aumentar minha autoconfiança	Discordo totalmente	2	7,14
	Discordo	5	17,86
	Não concordo e nem discordo	3	10,71
	Concordo	13	46,43
	Concordo totalmente	5	17,86
Desenvolver competências de liderança	Não concordo e nem discordo	6	21,43
	Concordo	14	50,00
	Concordo totalmente	8	28,57
Aumentar o potencial de trabalho em equipe	Concordo	16	57,14
	Concordo totalmente	12	42,86
Eu me sentir realizado	Discordo totalmente	3	10,71
	Discordo	1	3,57
	Não concordo e nem discordo	12	42,86
	Concordo	8	28,57
	Concordo totalmente	4	14,29
Reforçar a minha iniciativa em situações futuras	Concordo	12	42,86
	Concordo totalmente	16	57,14
Desenvolver a relação de ajuda	Concordo	15	53,57
	Concordo totalmente	13	46,43
Reforçar a minha autonomia para atuar como futuro enfermeiro	Discordo	2	7,14
	Não concordo e nem discordo	1	3,57
	Concordo	11	39,29
	Concordo totalmente	14	50,00
Identificar dificuldades na minha atuação	Não concordo e nem discordo	1	3,57
	Concordo	15	53,57
	Concordo totalmente	12	42,86
Promover autoconsciência (conhecer as próprias emoções)	Concordo	12	42,86
	Concordo totalmente	16	57,14
Eu me sentir no centro do processo formativo	Discordo	2	7,14
	Não concordo e nem discordo	8	28,57
	Concordo	13	46,43
	Concordo totalmente	5	17,86
Melhorar a minha capacidade de gerir emoções	Não concordo e nem discordo	2	7,14
	Concordo	14	50,00

Concordo totalmente **12** **42,86**

TABELA 8- ANÁLISE DESCRITIVA DAS FREQUÊNCIAS DOMÍNIOS ACERCA DAS EMOÇÕES DO VALOR PSICOSSOCIAL, CURITIBA (2022).

DOMÍNIOS	NÍVEL DE CONCORDÂNCIA	(continuação)	
		n	%
Eu sentir orgulhoso por ser capaz de executar muitas intervenções corretamente	Discordo totalmente	1	3,57
	Discordo	2	7,14
	Não concordo e nem discordo	4	14,29
	Concordo	15	53,57
	Concordo totalmente	6	21,43
Eu sentir que o professor tem interesse genuíno no meu desenvolvimento profissional	Discordo	1	3,57
	Não concordo e nem discordo	5	17,86
	Concordo	15	53,57
	Concordo totalmente	7	25,00

Fonte: A autora, Curitiba (2022).

No que diz respeito a Tabela 8 valor psicossocial infere-se que n=5 (17,86%) discordam quanto “a aumentar minha autoconfiança” sendo que n=18 (64,29%) concordam”; n=6 (21,43%) nem concorda e nem discorda quanto “a desenvolver competências de liderança”, no entanto, n=22 (78,57%) concordam.

Nos itens “Aumentar o potencial de trabalho em equipe”, “Reforçar a minha iniciativa em situações futuras”, “Promover autoconsciência (conhecer as próprias emoções),” “Desenvolver a relação de ajuda” todos os participantes n=28(100%) foram unânimes na concordância.

Ainda sobre os valores psicossociais, n=12 (42,86%) dos graduandos não concordo e nem discordam com “Eu me sentir realizado” porém, n=8 (28,57%) concordam; n=25 (89,29%) concordam no que diz respeito, “Reforçar a minha autonomia para atuar como futuro enfermeiro”; n=27 (96,43%) concordam quanto a “Identificar dificuldades na minha atuação “ e n=8 (28,57%) não concordo e nem discordam com o item: “Eu me sentir no centro do processo formativo” em relação a n=18 (64,29%) que afirmam concordar.

Por conseguinte, n=26 (92,86%) concordam com o item: “Melhorar a minha capacidade de gerir emoções”; n=21 (75%) concordam no tocante a “eu sentir orgulhoso por ser capaz de executar muitas intervenções corretamente” e n=5 (17,86%) não concordo e nem discordam com “Eu sentir que o professor tem interesse genuíno no meu desenvolvimento profissional” acerca de n=22 (78,57%) que concordam.

TABELA 9- ANÁLISE DESCRITIVA DAS FREQUÊNCIAS DOMÍNIOS ACERCA DAS EMOÇÕES DO VALOR COGNITIVO, CURITIBA (2022).

DOMÍNIO	NÍVEL DE CONCORDÂNCIA	n	%
Estrutura o meu pensamento	Discordo	1	3,57
	Concordo	16	57,14
	Concordo totalmente	11	39,29
Aprender mais	Discordo	2	7,14
	Concordo	14	50,00
	Concordo totalmente	12	42,86
Me focar nos aspectos importantes da atuação	Concordo	14	50,00
	Concordo totalmente	14	50,00
Refletir sobre as minhas competências	Concordo	13	46,43
	Concordo totalmente	15	53,57
Identificar prioridades na atuação	Não concordo e nem discordo	1	3,57
	Concordo	16	57,14
	Concordo totalmente	11	39,29
Melhor identificar os recursos a utilizar na atuação	Não concordo e nem discordo	2	7,14
	Concordo	18	64,29
	Concordo totalmente	8	28,57
Aprofundar conhecimento específicos relacionados com a atuação	Discordo	3	10,71
	Não concordo e nem discordo	4	14,29
	Concordo	11	39,29
Identificar aspectos que devo melhorar em atuações futuras	Concordo	12	42,86
	Concordo totalmente	16	57,14

Fonte: A autora, Curitiba (2022).

Quanto a Tabela 9 tem-se os resultados do valor cognitivo em que n=27 (96,43%) concordam em absoluto com "Estrutura o meu pensamento" e "Identificar prioridades na atuação"; n=26 (92,86%) concordam integralmente em "Aprender mais" e "Melhor identificar os recursos a utilizar na atuação"; n=28 (100%) dos participantes concordaram completamente que "Me focar nos aspectos importantes da atuação", "Refletir sobre as minhas competências" e Identificar aspectos que devo melhorar em atuações futuras" e n=21 (75%) concordaram em "Aprofundar conhecimento específicos relacionados com a atuação".

TABELA 10- ANÁLISE DESCRITIVA DAS FREQUÊNCIAS DOMÍNIOS ACERCA DAS EMOÇÕES DO VALOR AFETIVO, CURITIBA (2022).

DOMÍNIOS CONCORDÂNCIA	NÍVEL DE CONCORDÂNCIA	n	%
Me envergonhar frente aos colegas pelos meus erros	Discordo totalmente	13	46,43
	Discordo	10	35,71
	Não concordo e nem discordo	2	7,14
	Concordo	2	7,14
Me deixa muito ansioso/estressado	Concordo totalmente	1	3,57
	Discordo totalmente	2	7,14
	Discordo	8	28,57
	Não concordo e nem discordo	7	25,00
Me humilhar frente aos outros	Concordo	10	35,71
	Concordo totalmente	1	3,57
	Discordo totalmente	16	57,14
	Discordo	8	28,57
Me deixa em pânico só de pensar em ter de atuar de novo numa situação semelhante	Não concordo e nem discordo	3	10,71
	Concordo	1	3,57
	Discordo totalmente	14	50,00
	Discordo	9	32,14
Criar conflitos no grupo	Não concordo e nem discordo	4	14,29
	Discordo	9	32,14
	Discordo totalmente	15	53,57
Não querer participar em mais nenhuma simulação	Não concordo e nem discordo	4	14,29
	Discordo	14	50,00
	Discordo totalmente	12	42,86
Eu me sentir incompreendido	Não concordo e nem discordo	2	7,14
	Concordo	4	14,29
	Concordo totalmente	1	3,57
	Discordo totalmente	9	32,14
	Discordo	12	42,86
Eu me sentir desrespeitado	Não concordo e nem discordo	2	7,14
	Concordo	4	14,29
	Concordo totalmente	1	3,57
	Discordo totalmente	16	57,14
Eu sentir que foi uma perda de tempo	Discordo	10	35,71
	Concordo	1	3,57
	Não concordo e nem discordo	1	3,57
	Discordo totalmente	20	71,43
Eu ter medo de atuar no futuro em situações semelhantes	Concordo	1	3,57
	Concordo totalmente	1	3,57
	Não concordo e nem discordo	5	17,86
	Discordo	14	50,00
	Discordo totalmente	5	17,86
Bloquear meu raciocínio	Concordo	3	10,71
	Concordo totalmente	1	3,57
	Não concordo e nem discordo	5	17,86
	Discordo totalmente	8	28,57
Baralhar minhas ideias a respeito da atuação	Concordo	3	10,71
	Não concordo e nem discordo	7	25,00
	Discordo	10	35,71
	Discordo totalmente	4	14,29
	Concordo	6	21,43
	Não concordo e nem discordo	7	25,00
	Discordo totalmente	6	21,43

Fonte: A autora, Curitiba (2022).

Em referência ao valor afetivo na Tabela 10, apontam que n=23 (82,14%) dos estudantes discordam quanto a “Me envergonhar frente aos colegas pelos meus erros” e “Me deixa em pânico só de pensar em ter de atuar de novo numa situação semelhante n=24 (85,71%) discordam em “Me humilhar frente aos outros” e “Criar conflitos no grupo”; assim como n=26 (92,86%) discordam em “Não querer participar em mais nenhuma simulação”, “Eu me sentir desrespeitado” e “Eu sentir que foi uma perda de tempo.

Ainda sobre o valor afetivo n=8 (28,57%) discordam em relação a “Me deixa muito ansioso/estressado”, n=7 (25%) não concordo e nem discordo e n=11 (39,28%) concordam; n=21 (75%) discordam quanto “a me sentir incompreendido”; n=19 (67,86%), discordam no que diz o item “Eu ter medo de atuar no futuro em situações semelhantes” seguido de n=5 (17,86%) que não concordo e nem discordo; n=20 (71,43%) discordam absolutamente no quesito “Bloquear meu raciocínio” e finalmente n=14 (50 %) discordam perfeitamente quanto a “Baralhar minhas ideias a respeito da atuação”.

TABELA 11-ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DOMÍNIOS ACERCA DAS EMOÇÕES, CURITIBA (2022).

DOMÍNIOS E VALORES DOS ESCORES	N	M	DP	p-valor*
Valor psicossocial (13-65)	28	53,39	6,51	0,36
Valor cognitivo (8- 40)	28	34,79	3,37	0,068
Valor afetivo (12-60)	28	23,43	6,98	0,18

Fonte: A autora, Curitiba (2022).

A Tabela 11 concerne aos escores das emoções por meio do teste de normalidade *Shapiro-Wilk* para a Escala EADaS, descritos a partir de um n= 28 apresentados em medianas (m) e desvios padrões (dp) interposto dos domínios :valor psicossocial m=53,39, dp= 6,51; valor cognitivo m=34,79, dp=3,37; valor afetivo m=23,43, dp=6,98.

TABELA 12- COEFICIENTES DE CORRELAÇÃO(COR) E P-VALOR ENTRE OS ESCORES DOS DOMÍNIOS ACERCA DAS EMOÇÕES, CURITIBA (2022).

Variáveis/Coefficientes	Valor cognitivo		Valor afetivo	
	Cor	p-valor	cor	p-valor
Valor psicossocial	0,78	<0,001	-0,24	0,222
Valor cognitivo			-0,20	0,304

Fonte: A autora, Curitiba (2022).

Nota: valores de correlação a partir de 0.80 a 0.90 são considerados fortes, valores abaixo são moderados e precisam ser correlacionados ao p- valor que precisam ser menores que 0.05 para serem estatisticamente positivos no teste de *Pearson e Spearman*.

Na Tabela 12 realizou-se correlação entre os coeficientes valor cognitivo e valor afetivo por meio do método de correlação *Pearson e Spearman* em que se obteve uma correlação positiva de 0.78. ao que se refere ao coeficiente do valor cognitivo e as variáveis: valores psicossocial e cognitivo, em que seguem sentido, com p-valor menor que 0,05, ao qual configura-se em uma correlação moderada a forte, sendo estatisticamente significativa.

O coeficiente do valor afetivo apresentou uma correlação de -0.24, em que se caracteriza em um valor negativo, não sendo estatisticamente significativo apesar do p- valor ser menor que 0,05.

TABELA 13 -COEFICIENTES DE CORRELAÇÃO (COR) E P-VALOR ENTRE OS ESCORES FATORES SOBRE A EXPERIÊNCIA DO DEBRIEFING E ENTRE OS ESCORES DOS DOMÍNIOS ACERCA DAS EMOÇÕES, CURITIBA (2022).

Variáveis/Coefficientes	Valor psicossocial		Valor cognitivo		Valor afetivo	
	Cor	p-valor	cor	p-valor	cor	p-valor
Analisando os pensamentos e sentimentos	0,81	<0,001	0,63	<0,001	0,10	0,614
Aprendendo e fazendo conexões	0,90	<0,001	0,67	<0,001	0,14	0,488
Habilidades do professor em conduzir o debriefing	0,73	<0,001	0,35	0,064	0,28	0,150
Orientações apropriada	0,65	<0,001	0,40	0,036	0,12	0,558

Fonte: A autora, Curitiba (2022).

Na Tabela 13, a correlação dos coeficientes deu-se entre os fatores da Escalas de Experiência do *Debriefing* e os valores das emoções da Escala de avaliação do *debriefing* associado a simulação pelo método de correlação *Pearson e Spearman*.

Percebe-se que os valores dos coeficientes psicossociais e cognitivos apresentam p-valor menor que 0,05, e se relacionam significativamente com as

variáveis: analisando os pensamentos e sentimentos (0,81; 0,63), aprendendo e fazendo conexões (0,90; 0,67) e orientações apropriadas (0,65;0,40).

No que se refere à variável “habilidade do professor em conduzir o *debriefing*” observa-se que faz apenas correlação com o coeficiente do valor psicossocial (0,73), não sendo possível correlacionar com o valor cognitivo em decorrência do p-valor ser maior que 0,05 em que se destaca uma correlação não significativa.

No que tange a correlação entre o coeficiente do valor afetivo, com as variáveis analisando os pensamentos e sentimentos; aprendendo e fazendo conexões; habilidades do professor em conduzir o debriefing e orientação apropriada do professor, não se infere nenhuma correlação em decorrência do p-valor ser maior que 0,05.

5. DISCUSSÕES

A discussão segue com resultados descritivos conforme os objetivos propostos da pesquisa, a partir da análise da contribuição do *debriefing* no aprendizado do cenário simulado de atendimento a múltiplas com graduandos de enfermagem.

5.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES

O perfil dos participantes da pesquisa, demonstra a predominância de 96,43% de adultos jovens entre 20 a 30 anos, sendo 92,86% do sexo feminino, em consonância com o resultado estudo quantitativo de Rosa et al (2020) com 91,7% similarmente do sexo feminino, realizado com 36 graduandos de Enfermagem que tinham realizado a disciplina de semiologia e semiotécnica e estavam matriculados no terceiro, quarto e quinto período, de uma universidade pública da cidade do Rio de Janeiro.

Os resultados da pesquisa, corroboram com a estatística do estudo transversal, descritivo e comparativo de Salvi; Mendes; Martino (2020), realizado com 195 graduandos, demonstrou que o perfil dos estudantes de Enfermagem da universidade federal da cidade de São Paulo (UNIFESP) era composto de 87,18% do sexo feminino em sua maioria.

Consecutivamente, foram encontrados percentuais de 82,2% no estudo quantitativo e descritivo das autoras Saho et al (2021), sobre características sociodemográficas dos estudantes de enfermagem, realizado em uma instituição de ensino superior na cidade de Salvador no estado da Bahia, em que envolveu a participação de 197 graduandos matriculados no curso.

Todos os estudos destacados, confirmam a hegemonia do perfil feminino no decorrer dos anos nos cursos de graduação em enfermagem, assim como, em sua maioria observa-se a progressão linear da faixa etária, ao qual se mantém com delineamento adulto jovem, entre 20 a 30 anos, com média de 54,9%.

Sobre a experiência assistencial com pacientes envolvidos em acidente com múltiplas vítimas 90,32% dos graduandos não relataram experiência, assim como 92,86% confirmaram não terem experiência com paciente de urgência e emergência, o que corrobora com a fase inicial do curso de graduação de Enfermagem.

O referido curso encontra-se estruturado em bases biológicas, sociais, humanas, exatas aplicadas à Enfermagem, cuidado de Enfermagem na trajetória de vida e no resgate da cidadania e disciplinas optativas, sendo as optativas obrigatório cursar pelo menos 4 disciplinas com carga horária de 120 horas (PARANÁ, UFPR, 2015, p.38).

Em conformidade com o projeto pedagógico do curso de graduação de Enfermagem preconiza-se primordialmente ao graduando instruções basilares, desenvolvimento de habilidades comuns e singulares direcionados a assistência paulatinamente, alicerçadas por valores éticos, ao qual desencadeará aquisição de conhecimentos para posteriormente, obterem as experiências práticas de maneira segura (PARANÁ, UFPR, 2015).

Em relação a formação de técnico em Enfermagem e curso de socorrista 96,43% apontaram não ter ambas as formações, o que não preconiza em um pré-requisito para o ingresso na graduação, tão pouco para participar das simulações clínicas, tendo em vista que no decorrer da formação os estudantes terão a oportunidade de participarem de atividades de práticas clínicas em um ambiente simulado quanto em serviços de assistência em saúde.

5.2 ANÁLISE DAS ESCALAS DE AVALIAÇÃO DO DEBRIEFING

Neste subcapítulo é abordado as discussões referentes às Escalas de avaliação do debriefing: EED e EADaS.

5.2.1 ESCALA DE EXPERIÊNCIA DO DEBRIEFING

A discussão da EED deu-se em conformidade com os quatro fatores distribuídos na Escala do tipo *Likert* composta de 20 itens. No primeiro fator, analisando os pensamentos e sentimentos, observa-se que os resultados da pesquisa apontam congruência satisfatória diante dos itens 1,2,3 e 4 com mais de 90% dos graduandos confirmarem a contribuição do *debriefing* para a análise dos seus pensamentos.

Contrariando os resultados encontrados nesta pesquisa, um estudo transversal e descritivo de Rodrigues et al., (2019), com 64 estudantes do terceiro ano de Enfermagem da secretaria estadual de saúde do Distrito Federal (SES/DF)

após passarem por quatro sessões de simulação no cenário hospitalar da disciplina da saúde do adulto que envolvia cuidados paliativos demonstrou uma média com 67,8% no fator 1 da EED, inferior ao encontrado na pesquisa.

Outro estudo quantitativo e descritivo de *Klippel et al (2020)* que utilizou a EED, com 103 residentes de Enfermagem do primeiro ano da Universidade Estadual do Rio de Janeiro/Unirio apontou um percentil com a média de 88%, também menor do que nesta pesquisa.

Da mesma maneira, o estudo de Pacheco; Aleluia; Sestelo (2022), em que aplicaram a EDD com 109 estudantes do quinto período de medicina da disciplina de semiologia médica, ao qual revelou um percentil de 88,3% com um percentil menor que esta pesquisa.

O estudo de método misto de Bucco (2021) em uso da EED com os 60 estudantes de Enfermagem, matriculados do quinto ao nono período de três universidades do Sul do Brasil e que tinham concluído a disciplina de fundamentos, destacou uma média de 96,6% em que corrobora com o percentil desta pesquisa.

Observa-se que os estudos Rodrigues et al., (2019); *Klippel et al (2020)*; e Pacheco; Aleluia; Sestelo (2022) e Bucco (2021) comparados aos da pesquisa demonstram percentis favoráveis. Em relação a contribuição do *debriefing* para análise dos pensamentos, em que conforme descrição de Bresolin et al., (2022), as ações reflexivas desenvolvidas no *debriefing* tendem a colaborar na expansividade cognitiva dos participantes tornando-os mais assertivos nas suas deliberações assistenciais.

Salienta-se a contribuição da estruturação das fases do *debriefing* como pertinente para análise dos pensamentos e sentimentos sendo contemplado ainda na primeira fase da estruturação no momento reflexivo o que reforça a importância dessa fase para o momento das discussões.

Entretanto observa-se que um n=8(28,5%) não concordam e nem discordaram levando-nos a analisar sobre os tipos de estruturação no *debriefing* possam ser utilizados para que todos os estudantes possam analisar os pensamentos e sentimentos na sua integralidade.

No segundo fator “aprendendo e fazendo conexões “com os itens: 5,6,7,8,9, 10,11 e 12 respectivamente : “o *debriefing* ajudou a fazer conexões”, “o *debriefing* ocorreu de maneira útil para processar a experiência da simulação”, “o *debriefing* proporcionou oportunidades”, “o *debriefing* ajudou a encontrar um significado na

simulação”, “as minhas dúvidas da simulação foram respondidas pelo *debriefing*”, “tornei-me mais consciente de mim mesmo durante a sessão de *debriefing*”, “o *debriefing* ajudou-me a esclarecer problemas”, “o *debriefing* ajudou-me a fazer conexões entre teoria e situações da vida real” obteve-se os seguintes resultados descritos no Quadro 13.

QUADRO 13 –COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS DOS ITENS DO FATOR 2 (APRENDENDO E FAZENDO CONEXÕES) COMPARADOS AOS ESTUDOS DE PACHECO; ALELUIA; SESTELO (2022); DIAS (2019) E RODRIGUES ET AL., (2016).

Itens	Pacheco; Aleluia; Sestelo (2022);		Dias (2019)		Rodrigues et al., (2019),		Resultado da pesquisa	
	n	%	n	%	n	%	n	%
5	109	84	44	100	64	70	28	100
6	109	89	44	100	64	91	28	96
7	109	80	44	90	64	93,1	28	89,3
8	109	80	44	90	64	81,3	28	82,1
9	109	89,7	44	100	64	79,6	28	53,6
10	109	76,1	44	97,7	64	77,9	28	78,6
11	109	71,5	44	97,7	64	67,9	28	57,1
12	109	87,2	44	100	64	91,4	28	78,7

Fonte: A autora (2022); Pacheco; Aleluia; Sestelo (2022); Dias (2019) e Rodrigues et al., (2016).

Diante da análise dos percentis da pesquisa no Fator 2 (aprendendo e fazendo conexões) comparado aos estudos de Pacheco; Aleluia; Sestelo (2022); Dias (2019) e Rodrigues et al., (2019), aponta-se percentis menores na pesquisa nos itens 9 (as minhas dúvidas da simulação foram respondidas pelo *debriefing*) e 11 (o *debriefing* ajudou-me a esclarecer problemas).

Em face dos itens destacados, elenca-se a importância do reconhecimento das fragilidades no *debriefing* como um dos componentes das boas práticas em simulação (INACSL,2021), o que de acordo com Cheng et al., (2016) o uso das boas práticas reforça os efeitos da simulação na aprendizagem.

Destaca-se os itens :9, 10 e 12 nomeados respectivamente: as minhas dúvidas da simulação foram respondidas pelo *debriefing*, o *debriefing* ajudou-me a esclarecer problemas, o *debriefing* ajudou-me a fazer conexões entre teoria e situações da vida real, apresentaram percentuais de nem concordo e nem discordo.

Em face dos percentuais de nem concordo e nem discordo evidencia-se nos itens 9 e 11 com n=6(21,43%) e item 12 com n=5 (17,8%). Permite-nos a análise de que a avaliação do *debriefing por* intermédio das escalas avaliativas e validadas corroboram na retroalimentação e no reconhecimento das lacunas no momento discursivo, sendo primordial para que o facilitador possa realizar aplicação de um

modelo estruturado que correspondente ao designer da simulação e ao perfil dos participantes.

O terceiro fator (Habilidades do professor em conduzir o *debriefing*), apontado pelos itens :13,14,15,16 e 17, obteve a concordância de 100% dos participantes nos itens 13 e 16 que relaciona-se, a concordância absoluta de “ o professor permitiu tempo suficiente para verbalizar os sentimentos antes dos comentários” e que “tiveram tempo suficiente para esclarecer os questionamentos”, ao qual mostram resultados satisfatórios e maiores do que nos estudos de Klippel et al (2020) com 96% e Bucco (2021) 98,34% ao concordarem na sua totalidade com os itens referidos.

Em relação aos resultados da pesquisa e dos estudos comparados nos itens 13 e 16 infere-se que o tempo utilizado no momento das discussões apresenta-se determinante para autoanálise comportamental das ações desenvolvidas na simulação e favorece a troca de conhecimento com facilitador (Costa et al.,2019).

Quanto ao item 14, com percentil 67,86% concordaram na sua totalidade que “na sessão de *debriefing* o professor fez os esclarecimentos corretos”; Dias (2019); Rodrigo et al., (2019); Pacheco; Aleluia; Sestelo (2022) em contraponto relatam os resultados 95,5%; 89,8% e 89% mais satisfatórios do que nesta pesquisa.

Com relação ao percentil da pesquisa no item 14 e o estudo dos autores Fanning; Gaba (2007), relacionam que a capacidade de esclarecimento durante o *debriefing* pelo facilitador favorece ao participante ampliação do conhecimento diante da temática abordada na prática simulada e corrobora para o desenvolvimento das boas práticas assistências futuras.

O item 15 da pesquisa, demonstrou percentuais equivalentes ao estudo de Dias (2019) com resultado de n= 44 (93%) sobre “o *debriefing* forneceu um meio de refletir sobre as ações durante a simulação”, ambos resultados se mostram pertinentes quando comparados a n= 109 (78%) dos autores Pacheco; Aleluia; Sestelo, 2022.

Para que ocorra o *debriefing* forneça reflexão diante as ações simuladas, faz-se necessário a estruturação dele de acordo com critério 4 da INACSL (2021, p.28) em que destaca as fases “descrição, reação, análise e resumo”, ao qual irá impulsionar as discussões e auxiliar em seu desenvolvimento. Em continuidade, Lee et al., (2020), salientam que o *debriefing* estruturado favorece de forma expressiva na educação da enfermagem com a método de ensino simulado.

No item 17, obteve-se o percentil de 78,57% em concordarem que “na sessão de *debriefing* o professor foi um especialista na temática desenvolvida na simulação”, os achados de Dias (2019) expõem que n=44 (86,4%) concordam totalmente com item 17, porém quando observa-se os resultados de Pacheco; Aleluia; Sestelo, (2022) com n=109 observa-se o percentil de (59,6 %).

Em referência ao item 17 (na sessão de *debriefing* o professor foi um especialista na temática desenvolvida na simulação) evidencia-se a importância da qualificação em simulação, em um estudo realizado pelos autores Jeffries et al., (2015) em 10 escolas de Enfermagem nos Estados Unidos em que constataram a amplificação das ações e intervenções direcionadas ao conhecimento, logo após a qualificação dos docentes em simulação.

Em concordância com os itens do terceiro fator, um artigo sobre as recomendações em simulação de Bryant, et al (2019) enfatizam que quanto mais qualificações em simulações forem propiciadas aos professores, mais serão os ganhos educacionais ofertados aos estudantes, aos quais serão beneficiados com cenários mais elaborados, desenvolvidos por profissionais com notável experiência na temática e capacitados na abordagem da metodologia.

Enfatiza-se que os itens 14 (na sessão de *debriefing* o professor fez os esclarecimentos corretos) e 17 (na sessão de *debriefing* o professor foi um especialista na temática desenvolvida na simulação) obtivemos percentis de não concordo e nem discordo respectivamente=7(25%) e n=6(21,4%) ao qual remetem-nos a caracterizar a importância da qualificação do facilitador diante do uso da simulação clínica que é uma metodologia ativa eficaz para o desenvolvimento das habilidades clínicas, competências, raciocínio clínico e crítico.

Em face do quarto fator: “Orientação apropriada do professor”, com os itens (18,19 e 20) respectivamente: “o professor ensinou a quantidade certa durante a sessão de *debriefing*”, “o professor realizou uma avaliação construtiva da simulação durante o *debriefing*” e “o professor forneceu orientação adequada durante o *debriefing*”, destaca-se os percentis da pesquisa e os valores dos estudos de Rodrigo et al., (2019); dias (2019) e Klippel et al., (2020), Bucco (2021) Pacheco; Aleluia; Sestelo (2022) no Quadro 14.

QUADRO 14- COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS DOS ITENS 18,19 E 20 DO FATOR 4 (ORIENTAÇÃO APROPRIADA DO PROFESSOR), COMPARADO AOS ESTUDOS DE RODRIGO ET AL., (2019); DIAS (2019) E KLIPPEL ET AL., (2020), BUCCO (2021) PACHECO; ALELUIA; SESTELO (2022).

Itens	Rodrigues et al., (2019)		Dias (2019)		Klippel et al., (2020)		BUCCO (2021)		Pacheco; Aleluia; Sestelo (2022)		Resultado da pesquisa	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
18	64	72,8	44	100	103	96	60	96	60	91,8	28	57,1
19	64	89,8	44	100	103	96	60	98,40	60	99,0	28	89,3
20	64	89,8	44	100	103	96	60	98,30	60	99,1	28	85,7

Fonte: A autora (2022) ; Pacheco; Aleluia; Sestelo (2022); Dias (2019) e Rodrigues et al., (2016).

Diante dos achados do fator 4, infere-se que o item 18 (o professor ensinou a quantidade certa durante a sessão de *debriefing*) apresentou um percentil de 57,14%, sendo um percentil menor do que os estudos de Rodrigo et al., (2019); Dias (2019) E Klippel et al., (2020), Bucco (2021) Pacheco; Aleluia; Sestelo (2022) com percentis respectivamente:72,8%, 100%, 96, 96 e 91,8% descritos no Quadro 15.

Em relação aos itens do fator 4: “orientação apropriada do professor”, aponta-se que o seguimento da terceira norma elencada pela *INACSL* (2021), ao qual salienta a importância do *debriefing* ser realizado por um facilitador capaz de manter a concentração durante o processo da dinâmica simulada, para posteriormente discutir os pontos relevantes de maneira a contemplar aos objetivos da atividade.

Evidencia-se que diante do item 18, aponta-se um n=9(32,1%) de não concordo e nem discordo em relação a: “o professor ensinou a quantidade certa durante a sessão de *debriefing*”, fortalece o seguimento das boas práticas voltadas a simulação clinicas elencadas pela *INACSL*, o seguimento das normas propicia aglutinação da aprendizagem teórica e prática simulada e corrobora para

No que se refere a média dos escores dos fatores da escala *EED* da pesquisa obteve-se as médias respectivamente: fator 1 “analizando os pensamentos e sentimentos” m =15,3, fator 2 “aprendendo e fazendo conexões” m =31,8, fator 3 “habilidades do professor em conduzir o *debriefing*” m=20,3 e fator 4 “orientação apropriada do professor” m=11,6.

Em relação as médias dos escores dos fatores supracitados da pesquisa, observa-se que o estudo de Oliveira; Carneiro; Sestelo (2022) realizou o cálculo das médias da EDD por intermédio do Teste T pareado, sendo considerado os valores de significância de $p < 0,05$.

O referido cálculo teve com $n= 84$ estudantes de medicina do quinto período, matriculados na disciplina de semiologia e destacou em seus resultados as médias dos fatores na seguinte ordem: fator 1 ($m = 4,72$), fator 2 ($m=4,82$), fator 3 e 4 com ($m= 4,85$), concernente à experiência dos participantes no *debriefing*.

Diante das médias dos escores, o estudo de Bortolato-Major et al., (2019) ressaltou a importância da experiência no *debriefing*, ao considerar que é um momento em que ocorre as reflexões das ações dinamizadas na simulação, com avaliação sobre o próprio desempenho e argumentações dos objetivos propostos em prol do conhecimento, ao qual desencadeará aquisição de condutas assertivas em conjunto com outros profissionais.

Vale ressaltar que o teste de normalidade de *Shapiro-Wilk* utilizado para verificar as médias dos escores serviu para demonstrar a homogeneidade ou heterogeneidade dos valores e possíveis discrepâncias. No entanto observa-se que não houve discrepância, com base em que cada fator da escala EDD contava com valores de 1 a 5 (discordo totalmente a concordo totalmente) em que cada uma variava com escores da seguinte maneira: fator 1 (4 a 20); fator 2 (8 a 40); fator 3 (5 a 25) e fator 4 (3 a 15) em que levou-se em consideração o menor e o maior valor multiplicado a quantidade de perguntas de cada fator.

No que diz a respeito das correlações, destaca-se o fator 2 e as variáveis dos fatores 1, 2, 3 com a correlação 0,65. Em referência ao fator 3, relaciona-se as variáveis do fator 1 com 0,62 e ao fator 2 e 3 pontua-se o valor de 0,58 em ambos, no fator 4 as correlações foram possíveis somente entre o fator 2 com 0,55 e fator 3 com 0,61.

Ao confrontar com as correlações da pesquisa com o estudo metodológico de Almeida et al., (2015), relacionado à validação da *EED* percebe-se similitudes de valores entre o fator 2 e correlação 1 e 2 com 0,63, no entanto na variável 3 o valor do estudo apresenta-se maior com 0,81 do que nesta pesquisa.

No fator 3 associado a variável do fator 1, obteve-se uma equivalência entre os resultados da pesquisa frente ao estudo de Almeida et al., (2015) em que a variável 1 apresenta-se com 0,60 e a variável 2 e 3 apresentam valores mais elevados com 0,81 de concordância.

Outrossim, percebe-se que no fator 4 a correlação entre a variável 2 e 3 são mais relevantes com 0.72 e 0.82 no estudo de Almeida et al., (2015) quando comparado essa pesquisa.

De acordo com Rodrigo et al., (2019), os resultados plausíveis da escala de experiência evidenciam a relevância da simulação clínica no contexto educacional e na qualidade da formação do profissional de Enfermagem.

E notável a eficácia da aprendizagem por intermédio da prática simulada considerando que ao inserir o estudante em um ambiente simulado, estes podem realizar procedimentos sem o medo de cometer erros irreversíveis tendo em vista, que o ambiente controlado garante ao graduando a oportunidade em realizar procedimentos várias vezes e errar de maneira segura.

5.2.2 ESCALA DE AVALIAÇÃO DO *DEBRIEFING* ASSOCIADO A SIMULAÇÃO

Para as discussões da EADaS considera-se os resultados dos três domínios denominados respectivamente: valores: psicossocial, cognitivo e afetivo distribuídos nos 34 itens. No que se refere aos domínios da escala consta-se os itens do valor psicossocial: 16,17,19,21,22,23,25,26,27,28,30,32 e 33, nestes, foram evidenciados percentuais de concordância em: 64,29% no item 16 (aumentar minha autoconfiança); 78,57% item 17 (desenvolver competências de liderança).

Em continuação sobre o valor psicossocial, obteve-se os achados de concordância em: 100% nos itens respectivos:19, 22, 27 e 23 (aumentar o potencial de trabalho em equipe; reforçar a minha iniciativa em situações futuras; promover autoconsciência /conhecer as próprias emoções e desenvolver a relação de ajuda); 28,57% no item 21 (eu me sentir realizado).

Sequencialmente, aponta-se ainda resultados de concordância do valor psicossocial em: 89,29% item 25 (reforçar a minha autonomia para atuar como futuro enfermeiro); 96,43% item 26 (identificar dificuldades na minha atuação); 64,29% item 28 (me sentir no centro do processo formativo); 92,86% item 30 (melhorar a minha capacidade de gerir emoções); 75% item 32 (eu sentir orgulhoso por ser capaz de executar muitas intervenções corretamente) e 78,57% item 33 (eu sentir que o professor tem interesse genuíno no meu desenvolvimento profissional).

Em seguimento, os achados dos itens dos valores psicossociais da pesquisa, foram confrontados com os resultados dos autores respectivos: Bortolato-major et al., (2019); Rosa et al., (2020) e Bucco (2021) em que ambos fizeram uso da escala EADaS em seus estudos conforme Quadro 15.

QUADRO 15- COMPARAÇÃO DOS RESULTADO DOS ITENS DOS VALORES PSICOSSOCIAL NOS ESTUDOS DE BORTOLATO-MAJOR et al., (2019); ROSA et al., (2020) E BUCCO (2021).

Itens	Bortolato-major et al., (2019)		ROSA et al., (2020)		BUCCO (2021)		Resultado da pesquisa	
	n	%	n	%	n	%	n	%
16	35	65,70	36	86,10	60	100,00	28	64,29
17	35	85,70	36	86,20	60	96,70	28	78,57
19	35	88,05	36	97,30	60	100,00	28	100,00
22	35	79,01	36	97,20	60	95,00	28	100,00
27	35	88,06	36	97,20	60	95,00	28	100,00
23	35	85,07	36	94,40	60	100,00	28	100,00
21	35	22,08	36	61,20	60	91,70	28	28,57
25	35	79,01	36	100,00	60	98,30	28	89,29
26	35	85,70	36	100,00	60	91,70	28	96,43
28	35	54,03	36	69,40	60	88,30	28	64,29
30	35	82,80	36	97,20	60	95,00	28	92,86
32	35	71,04	36	69,40	60	95,00	28	75,00
33	35	68,09	36	94,50	60	100,00	28	78,57

Fonte: A autora (2022); BORTOLATO-MAJOR et al., (2019); ROSA et al., (2020) E BUCCO (2021).

Diante do exposto, destaca-se que a pesquisa nos itens: 19 (100%), 22 (100%), 27 (100%), 23 (100%), 25 (89,29%), 26 (96,43%) e 30 (92,86%) apresenta-se com resultados similares aos estudos de Rosa et al., (2020) 19 (97,3%), 22 (97,2%), 27 (97,2%), 23 (94,4%), 25 (100%), 26 (100%) e 30 (97,2%), Bucco, (2021) 19 (100%), 22 (95%), 27 (95%), 23 (100%), 25 (98,3%), 26 (91,7%) e 30(95%) e discordante ao de Bortolato-Major et al., (2019) 19 (88,05%), 22 (79,01%), 27 (99,06%), 23 (85,07%), 25 (79,01%), 26 (85,7%) e 30 (82,8%).

Paralelamente, observa-se que os itens 22 (79,01%), 23 (85,07%), 21 (22,08%), 25 (79,01%), 26 (85,7%), 27 (88,06%), 28 (54,03%), 30 (82,8%) e 33 (68,09%) do estudo de Bortolato-Major et al., (2019) e o item 32 (69,4%) do estudo de Rosa et al., (2020), evidenciam percentis menores do que a pesquisa com respectivos percentis: 22 (100%), 23 (100%), 21(28,57%), 25 (89,29%), 26 (96,43%), 27(100%), 28 (64,29%),30 (92,86%) e 33 (78%) e o estudo de Bucco (2021) 22(95%), 23 (98,3%), 21(91,7%), 25 (98,3%),26 (91,7%), 27(95%), 28 (88,3%),30 (95%) e 33 (100%).

Simultaneamente, a pesquisa demonstra frequências relativamente menores nos itens 16 “aumentar minha autoconfiança” com 64,29% e 17 “desenvolver competências de liderança” 78,57% quando comparado aos estudos de Bortolato-Major et al., (2019) item 16 (65,7%); item 17 (85,7%); Rosa et al., (2020) item 16 (86,1%); item 17 (86,2%) e Bucco (2021) item 16 (100%); item 17 (96,70%).

Em frente aos itens 16 e 17 da pesquisa, aponta-se a importância dos cumprimentos dos artigos 4º e 5º das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (2001) e (DCNs/ENF) em que visa o conhecimento técnico- científico do profissional da enfermagem, a comunicação, desenvolvimento das habilidades e competências entre pares com ênfase na interdisciplinaridade e a tomada de decisões conforme as evidências científicas.

Conseqüentemente, o estudo de Poore et al., (2019) salienta que por intermédio da simulação clínica é possível propiciar educação interprofissional aos participantes; pois, o contexto da dinâmica simulada permite que realizem atividades profissionais com ótica na interdisciplinaridade, favorece a evolução do domínio e competências na área de escolha, sendo estas, discutidas no momento do *debriefing* a fim de favorecer o aprendizado para intervenções assistenciais iminentes.

Em frente aos itens 16 e 17 sequencialmente: aumentar minha autoconfiança e desenvolver competências de liderança, salienta-se a importância do aprendizado simulado interdisciplinar a fim de desenvolver domínios dos saberes multiprofissionais, ao qual irá favorecer na atuação futura, principalmente no que tange a liderança em saúde; pois, para adquirir liderança faz-se necessário empoderamento do saber fundamentado com bases teóricas e científicas alinhado a experiência.

No que tange aos itens 21(eu me sentir realizado); 28(eu me sentir o centro do processo formativo) e 33(eu sentir que o professor tem interesse genuíno no meu desenvolvimento profissional) destaca-se respectivamente: n=12(42,8%);n=8(28,5%) e n=5(17,8%) em nem concordo e nem discordo em que infere-se a ótica para reflexão da elaboração do roteiro simulado em conformidade com a caracterização do perfil dos participantes, é importante que os estudantes serem inseridos no contexto simulados e vivenciem a experiência de maneira produtiva.

Quanto ao valor cognitivo destaca-se os itens: 1, 3, 4,6, 7, 8, 10, 12 e 13, ao qual, aponta-se os resultados dos itens 1 e 7 respectivamente com 96,43% concordarem quanto a: “estruturar o meu pensamento” e “identificar prioridades na atuação”; nos itens 3 e 8 aponta-se 92,86% a concordância em: “aprender mais” e “ melhor identificar os recursos a utilizar na atuação”; os itens: 4, 6 e 13 foram uniformes com um percentil de 100% ao concordar em : “me focar nos aspectos importantes da atuação”, “refletir sobre as minhas competências” e identificar

aspectos que devo melhorar em atuações futuras e no item 12, obteve-se 75% de concordância em relação a “aprofundar conhecimentos específicos relacionados com a atuação”.

Para contrapor com esses resultados encontrados nesta pesquisa buscou-se estudos sobre a mesma temática, com utilização da escala de EADaS e estudantes de enfermagem com intuito de apontar semelhanças e diferenças entre os resultados, conforme apresentado no Quadro 16 a seguir:

QUADRO 16- COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS DOS ITENS DO VALOR COGNITIVO DOS ESTUDOS DE BORTOLATO -MAJOR ET AL., (2019), ROSA ET AL., (2020) E BUCCO (2021).

Itens	Bortolato-major et al., (2019)		ROSA et al., (2020)		BUCCO (2021)		Resultado da pesquisa	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1	35	82,8	36	100,0	60	100	28	96,43
3	35	97,1	36	97,2	60	100	28	92,86
4	35	85,7	36	86,2	60	100	28	100,0
6	35	97,1	36	100,0	60	100	28	100,0
7	35	65,7	36	91,7	60	100	28	96,43
8	35	86,1	36	91,7	60	100	28	92,86
10	35	85,7	36	97,2	60	100	28	BRANCO
12	35	91,4	36	97,3	60	66,7	28	75
13	BRANCO	BRANCO	BRANCO	BRANCO	BRANCO	BRANCO	BRANCO	100

Fonte: A autora (2022); BORTOLATO-MAJOR et al., (2019); ROSA et al., (2020) e BUCCO (2021).

Ressalta-se que os estudos foram desenvolvidos nas seguintes disciplinas saber: Bortolato -Major et al., (2019) na disciplina de Enfermagem em saúde do adulto e idoso; Rosa et al., (2020) na disciplina de semiologia e semiotécnica e Bucco (2021) nas disciplinas de Fundamentos para o Cuidar em Enfermagem e Saúde do Adulto Idoso. Destaca-se que o estudo de Bucco (2021) ocorreu em simulação clínica virtual, o que difere dos outros estudos.

Desta forma, demonstra-se que a pesquisa com n=28 apresenta percentuais satisfatórios nos itens 1(96,43%), 3(92,86%), 4 (100%), 6(100%), 7(96,43%), 8(92,86%), 12(75%), 13(100%) do valor cognitivo da escala EADaS em relação aos percentis dos estudos dos autores Bortolato- Major et al., (2019) com n= 35, item 1(82,8%), item 3(97,1%), item 4 (85,7%),item 6(97,1%),item 7(65,7%),item 8(86,1%),item 10(85,7%),item 12(91,4%) , Rosa et al., (2020) com n= 36, item 1(100%), item 3(97,2%), item 4 (86,2%),item 6(100%),item 7(91,7%),item 8(91,7%),item 10(97,2%),item 12(97,3%) e Bucco (2021) com n=60 , item 1(100%),

item 3(100%), item 4(100%), item 6(100%), item 7(100%), item 8 (100%), item 10(100%), item 12(66,7%) conforme descrito no Quadro 15.

No que tange ao item 12 “aprofundar conhecimentos específicos relacionados com a atuação” obteve-se valores relativamente menores na pesquisa com 75% e 66,7% no estudo de Bucco (2021) em contraposto com o estudo de Bortolato- Major et al., (2019) (91,4%) e Rosa et al., (2020) com 97,3.

A respeito dos percentuais da pesquisa no valor cognitivo, um estudo dos autores Rosa et al., (2020) sinalizaram apreciação favorável em todos os valores da Escala EADaS com visibilidade aos itens do valor cognitivo, ao qual certificaram a importância do *debriefing* na ampliação das aptidões assistenciais, ao qual subsidiaram segurança diante atuação em conjunto com os demais profissionais.

Outro estudo com a utilização da mesma escala com recorte apenas ao valor cognitivo dos estudantes do último período de medicina, salientou a relevância do *debriefing* na mensuração dos aspectos cognitivos, ao propiciar o desenvolvimento de habilidades e competências no contexto da área profissional conforme preconiza as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) (MOTA; SANTOS; WYSZOMIRSKA, 2022).

Em congruência com os percentuais evidenciais e no que se refere ao item 12 “aprofundar conhecimentos específicos relacionados com a atuação” do valor cognitivo pode-se recomendar a relevância em favorecer suporte educacional na formação do profissional da Enfermagem para que sejam capazes de desenvolver assistência integral na sua área de competência

Em referência ao valor afetivo consta-se os itens 2, 5, 9, 11, 14, 15, 18, 20, 24, 29, 31 e 34, ao qual salienta-se a inversão de significância, em que quanto maior os resultados de discordância, melhor são os resultados.

No que tange os resultados obtidos da pesquisa, podemos citar as discordâncias nos itens: 2 “me envergonhar frente aos colegas pelos meus erros” com 82,14 %, 9 “me humilhar na frente dos outros” com (85,71%), 11 “me deixa em pânico só de pensar em ter de atuar de novo numa situação semelhante” (82,14%), 14 “criar conflitos no grupo” com (85,71%), 15 “não querer participar em mais nenhuma simulação” com (92,86%), 18 “eu me sentir incompreendido” com (75%), 20 “eu me sentir desrespeitado” com (92,85%), 24 com (92,86%) (eu sentir que foi uma perda de tempo), 29 com (67,86%) (eu ter medo de atuar no futuro em situações semelhantes), 31 com (71,43%) (bloquear meu raciocínio) e 34 com (50%) (Baralhar

minhas ideias a respeito da atuação) e no item 5 (me deixa muito ansioso/estressado) obteve-se um resultado concordante com (39,28%).

Os resultados da pesquisa foram comparados com os autores Bortolato-Major et al., (2019); Rosa et al., (2020) E Bucco (2021) de acordo com a descrição no Quadro 17 e 18.

QUADRO 17- COMPARAÇÃO DOS RESULTADO DE CONCORDÂNCIA DOS ITENS DOS VALORES AFETIVO NOS ESTUDOS DE BORTOLATO-MAJOR et al., (2019); ROSA et al., (2020) E BUCCO (2021).

Itens	Bortolato-major et al., (2019)		ROSA et al., (2020)		BUCCO (2021)		Resultado da pesquisa	
	n	%	n	%	n	%	n	%
2	35	17,2	36	5,6	60	16,7	28	10,71
5	35	29,0	36	19,5	60	5,0	28	39,28
9	35	2,9	36	2,8	60	10,0	28	14,28
11	35	8,6	36	2,8	60	11,70	28	31,57
14	35	20,0	36	0	60	8,4	28	0
15	35	8,6	36	0	60	0	28	0
18	35	2,9	36	2,8	60	13,30	28	17,86
20	35	2,9	36	0	60	0	28	3,57
24	35	5,7	36	0	60	0	28	3,57
29	35	8,6	36	13,9	60	30,0	28	14,28
31	35	5,7	36	2,8	60	3,30	28	10,71
34	35	8,6	36	22,3	60	0	28	25

Fonte: A autora (2022), BORTOLATO-MAJOR et al., (2019); ROSA et al., (2020) E BUCCO (2021).

QUADRO 18- COMPARAÇÃO DOS RESULTADO DE DISCORDÂNCIA DOS ITENS DOS VALORES AFETIVO NOS ESTUDOS DE BORTOLATO-MAJOR et al., (2019); ROSA et al., (2020) E BUCCO (2021).

Itens	Bortolato-Major et al., (2019)		Rosa et al., (2020)		Bucco (2021)		Resultado Da Pesquisa	
	n	%	n	%	n	%	n	%
2	35	59,9	36	80,6	60	70	28	82,14
5	35	45,3	36	63,9	60	83,4	28	35,71
9	35	74,3	36	94,4	60	71,7	28	85,71
11	35	65,7	36	88,9	60	71,7	28	82,14
14	35	77,1	36	97,2	60	71,6	28	85,71
15	35	65,7	36	97,2	60	68,3	28	92,86
18	35	85,7	36	88,9	60	73,3	28	75
20	35	82,8	36	100	60	83,3	28	92,85
24	35	77,2	36	99,7	60	86,6	28	92,86
29	35	77,1	36	69,5	60	55	28	67,86
31	35	74,3	36	88,9	60	85	28	71,43
34	35	65,7	36	66,7	60	88,3	28	50

Fonte: A autora (2022), baseado em BORTOLATO-MAJOR et al., (2019); ROSA et al., (2020) E BUCCO (2021).

Ao analisar os percentis de discordância do valor afetivo da escala EADaS da pesquisa com n=28, constata-se uniformidade expressiva de discordância nos itens

2, 9, 11, 14, 15, 18, 20, 24, 29, 31 e 34 com média percentual acima de 76,18%, em contraposto os estudos dos autores Bortolato-Major et al., (2019) n=35, com média percentual de 70,9%, Rosa et al., (2020) n=36 com média percentual de 86,32% e Bucco (2021) n=60 com média percentual de 75,68 % nos itens dos valores destacados na escala.

No que tange ao item 5 “me deixa muito ansioso/estressado” do valor afetivo da escala EADaS, verifica-se percentuais maiores de concordância na pesquisa com percentil de 35,71% quando comparado aos estudos de Bortolato-Major et al., (2019) com n=35 (29%), Rosa et al., (2020) n=36(19,5) e Bucco (2021) n=60 (5%).

Em face do item 5, cita-se um estudo clínico randomizado realizado com 54 graduandos sobre o estresse do estudante de Enfermagem na simulação clínica devidamente matriculados na disciplina de Fundamentos em Enfermagem, ao qual constatou-se que a dinâmica simulada contribuiu para o alargamento das condições estressantes nos participantes, em decorrência da inexperiência frente ao desempenho das situações assistenciais ao paciente entre pares (BOOSTEL et al., 2017).

Da mesma forma, um estudo quase experimental com 73 graduandos de enfermagem, sobre as reações fisiológicas e estresse de estudante em simulação clínica materno-infantil, que estavam matriculados na disciplina Cuidado Integral à Saúde da Mulher e da Criança, apontou níveis de estresse alto e moderado durante o desenvolvimento da simulação clínica, sendo salientado nível moderado no período pós dinâmica, o que permite inferir que o estresse é algo presente no decorrer de toda abordagem simulada (BRASIL, 2021).

Uma revisão de escopo acerca de sentimentos estressores em estudantes de Enfermagem no processo de ensino aprendizagem utilizando simulação realística, analisou 11 artigos a respeito da ansiedade e estresse durante a simulação clínica de alta fidelidade em faculdades estrangeiras e ressaltaram a presença de fatores estressores como ansiedade e medo durante todo o processo da simulação, sendo estes, intrinsecamente ligados a inexperiências, autocobrança e ao ambiente da dinâmica (GONÇALVES, 2021).

Em conformidade com os autores discutidos BOOSTEL et al., (2017); BRASIL (2021) e GONÇALVES (2021) e os achados de nem concordo e nem discordo do itens: 5(me deixar ansioso/ estressado e 34(baralhar minhas ideias a respeito da minha atuação) ambos com n=7 (25%) pode-se perceber a simulação em muitos

momentos apresenta fatores estressores aos estudantes em decorrência da inexperiência ou embasamento teórico por isso, é necessário que nos roteiros simulados sejam inseridos o pré-briefing e uma preparação prática antes do contato da prática simulada, a fim de colaborar com a continuidade do processo educacional de maneira exitosa.

No que se refere aos escores dos valores das emoções da EADa da pesquisa com uso do teste de *Shapiro-Wilk*, destaca-se as médias de 53,59 do valor psicossocial, 34,79 do valor cognitivo e 23,43 do valor afetivo.

Em comparação ao estudo de Coutinho; Martins; Pereira (2014) realizado com 209 estudantes de Enfermagem, concernente a construção e validação da Escala EADaS observa-se médias dos valores psicossocial (4,27), cognitivo (4,56) e afetivo (4,62) em uso do teste *Kolmogorov-Smirnov* com correção de *Lilliefors*.

Em continuidade a respeito do confronto das médias dos valores (psicossocial, cognitivo e afetivo) da EADaS, o estudo quantitativo, descritivo e transversal de Silva et al., (2020) com 169 estudantes de enfermagem do segundo ano, em relação a avaliação do *debriefing* estruturado como estratégia pedagógica em enfermagem de saúde família, demonstraram médias respectivamente: valor psicossocial (3,87); valor cognitivo (4,35) e valor afetivo (4,58) com uso do teste *Kolmogorov-Smirnov*.

Por conseguinte, o estudo quantitativo e experimental de Mazzo et al., (2019) utilizou o teste de *Kolmogorov-Smirnov* e teste t com 100 estudantes de graduação de Enfermagem a respeito do uso do som e imagem na avaliação do *debriefing* em que se obteve as médias na devida ordem: valor psicossocial (4,2); valor cognitivo (4,5) e valor afetivo (1,8).

Destaca-se que o teste de *Shapiro-Wilk* é utilizado em pesquisas com $n < 30$, ao contrário do teste de *Kolmogorov-Smirnov* que pode ser utilizado com $n > 30$, sendo o teste t serve aplicado para comparar médias de duas amostras.

Em relação as médias, salienta-se que a pesquisa apresentou médias de escores com base do cálculo do menor e maior valor conforme a quantidade de perguntas dos domínios das emoções em que se cita: valores psicossociais (13 a 65); valor cognitivo (8 a 40) e valor afetivo (12 a 60).

De acordo com os autores Coutinho; Martins; Pereira (2014) a construção da escala deu-se pela necessidade em aferir valores congruentes ao *debriefing*

realizado na dinâmica simulada ao qual serviram para aperfeiçoar o desempenho dos profissionais de Enfermagem e coadjuvadamente a qualidade assistencial.

No que concerne a correlação, foi possível correlacionar apenas o coeficiente do valor cognitivo com as variáveis psicossocial e cognitivo, ao qual destaca-se uma correlação de 0,78, sendo considerada uma correlação forte e moderado.

Houve a necessidade de correlacionar os coeficientes dos fatores da EED e EADaS, em que se percebeu uma correlação significativa entre os valores psicossociais e cognitivos da EADas com as variáveis dos fatores 1 (analisando os pensamentos e sentimentos), 2 (aprendendo e fazendo conexões) e 4 (orientação apropriada do professor em conduzir o *debriefing*) da EED.

Conjuntamente, verifica-se uma correlação do fator 3 (habilidade do professor em conduzir o *debriefing*) da EED com o valor psicossocial da EADaS e do valor afetivo da EADas com o fator 4 (orientação apropriada do professor em conduzir o *debriefing*) da EED.

Todas as correlações da pesquisa evidenciaram coeficientes moderados e positivos conforme interpretação de Rumsey (2021), em contraposto ao estudo de Mazzo et al., (2019) que apontou em seus resultados com uso do teste de *Pearson* coeficiente positivo e fraco ao correlacionar as duas escalas.

Destaca-se que o Curso de Graduação em Enfermagem em questão ao utilizar as estratégias de ensino em simulação está de acordo com a DCNs (2001), do artigo 14 parágrafos I ao VII, em que sinaliza a importância de valorizar uma educação que estimule o pensamento crítico e o raciocínio clínico.

Diante do Projeto Pedagógico (2015), no art.2º da Resolução nº 15/10- Comissão de Ensino Pesquisa e Extensão (CEPE) é determinado as modalidades de aulas, em que elenca no parágrafo “e” que as aulas práticas clínicas ocorram em um espaço simulado com simuladores, para que os graduandos possam desenvolver suas capacidades e competências e posteriormente, serem inseridos no contexto real da assistência ao paciente.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa buscou responder os objetivos propostos. Diante da contribuição do *debriefing* no aprendizado do cenário simulado de atendimento a múltiplas vítimas com os graduandos de Enfermagem, observou-se que foi proporcionado aos

graduandos a reflexão sobre as habilidades e competências adquiridas mediante a prática realizada.

No momento da reflexão os estudantes verbalizaram seus sentimentos e expuseram seu raciocínio clínico e crítico diante das tomadas de decisões, com base nos conhecimentos teóricos apresentados ou compartilhados.

No que tange a experiência dos graduandos e avaliação dos valores psicossociais, emocionais e afetivo no contexto do *debriefing*, aponta-se que os percentis da escala, os escores e as correlação, demonstraram valores satisfatórios na maioria dos seus itens quando comparados os estudos confrontados.

Frente alguns percentis menores evidenciados da escala EED acerca dos estudos confrontados, destaca-se a importância em propiciar capacitações aos facilitadores, a fim de torná-los mais qualificados para realização do *debriefing*, o que concomitantemente irá propiciar o desenvolvimento da aprendizagem simulada dos graduandos de maneira mais expressiva.

No que se refere aos percentis dos domínios da EADaS infere-se que os valores afetivo e cognitivo foram mais pertinentes em relação a alguns domínios do valor psicossocial, sendo considerado um aspecto relevante tendo em vista que os graduandos já estavam na sétima simulação.

Salienta-se que os percentuais das escalas de avaliação do *debriefing*: EED e EADas apresentaram valores positivos e satisfatórios, o que demonstra que o *debriefing* corrobora em uma estratégia educacional importante para aprendizagem significativa, sendo parte de um processo de mudança educacional.

Por fim, evidencia-se a contribuição e relevância do *debriefing* a partir dos resultados das escalas de avaliação, para o desenvolvimento de habilidades técnicas e comunicativas, competências assistenciais de maneira interdisciplinar assim como, a promoção do raciocínio clínico e crítico, ao qual permitirá a atuação dos futuros Enfermeiros através das boas práticas de Enfermagem conforme as normas de segurança do paciente.

6.1 Recomendações para prática

As evidências encontradas demonstram a importância da recomendação ao Ministério da Educação (MEC) assim como para as Instituições de Ensino Superior,

a inclusão das orientações da INACLS nas DCNs/ENF e nos Projetos Pedagógicos no contexto das práticas clínicas dos cursos.

Recomenda-se que seja ofertado aos Docentes das Instituições de Ensino Superior, cursos de qualificação e atualização em Simulações Clínicas/*Debriefing*, para aperfeiçoar as práticas simuladas desenvolvidas junto aos discentes e colaborar para o desenvolvimento do processo ensino aprendizagem.

Sugere-se que seja aplicado a avaliação do *debriefing* por meio das escalas validadas EED e EADaS, logo após o término das reflexões a respeito das simulações, a fim de subsidiar a retroalimentação das atividades desenvolvidas e desse modo contribuir para o progresso das práticas simuladas.

Para o sucesso na retroalimentação das atividades desenvolvidas, no sentido de evitar a recusa das respostas nas escalas, recomenda-se a criação de novas escalas avaliativas de *debriefing* de maneira simplificada, com o segmento estruturado e objetivo.

6.2 Recomendações para a pesquisa

Em vista da relevância do *debriefing* e seu destaque na simulação clínica para a aquisição do conhecimento tanto na graduação quanto no aperfeiçoamento profissional, faz-se necessário mais avaliações em cenários envolvendo atendimento a múltiplas vítimas no âmbito hospitalar envolvendo contexto interdisciplinar.

6.3 Limitações do estudo

As evidências desta pesquisa foram limitadas em uma única simulação, e na avaliação do *debriefing* da sétima simulação. Contudo, espera-se que essa limitação seja alvo de investigações futuras, devido à complexidade do tema que envolve não somente cuidado com o paciente, mas, a vida dos trabalhadores de saúde em atividade profissional.

6.4 Inovação e impacto social

O tema emergiu do interesse do grupo de pesquisa em ampliar a investigação sobre a temática de incidente com múltiplas vítimas e a inovação se refere a uma pesquisa que integra o atendimento de múltiplas vítimas no âmbito hospitalar o que abrange assistência no contexto interdisciplinar.

Os estudos com múltiplas vítimas são escopos de muitas investigações em diversas circunstâncias; porém, no que se refere a múltiplas vítimas dentro do âmbito hospitalar evidencia-se uma lacuna sobre o tema.

Diversos acontecimentos com incêndios dentro de diversos Hospitais do BRASIL e demais Países, destacam a falta de conhecimento dos profissionais sobre como agir diante ao atendimento em massa em incêndio. Em face da lacuna do conhecimento, o desenvolvimento da simulação no atendimento a múltiplas vítimas no âmbito hospitalar é uma necessidade na formação dos graduandos de enfermagem e dos demais profissionais inseridos na assistência de saúde.

O conhecimento e treinamento diante de uma situação de incêndio no âmbito hospitalar corrobora para o atendimento seguro às equipes e pacientes, em que visa promover articulação entre os atores assistenciais, comunicação segura com a solicitação de ajuda e transferência dos hospitalizados em situações críticas para outras instituições.

O *debriefing* no contexto da simulação torna-se relevante acerca da complexidade no atendimento que envolve a assistência a diversas vítimas em sincronização com outros profissionais.

Neste contexto, destaca-se que as investigações da avaliação do *Debriefing* ao longo dos anos, por autores como David M. Gaba, Jenny W. Rudolph, Verónica Rita Dias Coutinho, Alessandra Mazzo dentre diversos que já evidenciam a importância da reflexão para o aprendizado significativo na simulação.

Diante ao atendimento de múltiplas vítimas no âmbito hospitalar, requer a elaboração de novas pesquisas, construção de um protocolo para AMUVIAH em situação de incêndio, capacitação por meio da simulação clínica com mais graduandos e profissionais inseridos na assistência, para que consigam obter conhecimento e proceder nas eventualidades e cuidados no atendimento em massa em situação de fogo.

Dessa forma a contribuição das práticas simuladas e das reflexões ocorridas no *debriefing* irão corroborar para aglutinação de conhecimentos, desenvolvimento de habilidades necessárias ao cuidado, competências técnicas e ampliação do raciocínio clínico e crítico interdisciplinar imprescindíveis à assistência.

REFERÊNCIAS

ABBASI, Z, A. D et al. Triage In Disaster. **Jornal Iraniano de Enfermagem Cardiovascular**.v.2 (2):58–68, 2013.Disponível em :<http://journal.icns.org.ir/browse.php?a_id=178&sid=1&slc_lang=en>.Acesso em : 27 nov.2022.

ACOSCO, T. **Recursos para o cuidado ideal do paciente traumatizado**. Chicago: Colégio Americano de Cirurgiões, 2006.

ADAMS, M.P. Prioridades de Triagem e Médicos Militares.In: Allhoff, F. (eds) Médicos na guerra. Biblioteca Internacional de Ética, Direito e o Novo. **Springer, Dordrecht**. v.41.Disponível em:< https://doi.org/10.1007/978-1-4020-6912-3_13>.Acesso em :24 nov 2022.

AEBERSOLD,M.Simulation-Based Learning: No Longer a Novelty in Undergraduate Education.**OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing**. Vol. 23, N. 2, 2018.Disponível em:<<https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol23No02PPT39>>.Acesso em: 26 ago.de 2022.

AHUJA, R.B, BHATTACHARYA, S. Queimaduras no mundo em desenvolvimento e desastres de queimadura. **British Medical Journal**.v. 329 (7463):447,2004. Disponível em:<<https://doi.org/10.1136/bmj.329.7463.447> >. Acesso em :27 nov.2022.

ALMEIDA, R. G. S. *et al.* Validation To Portuguese Of The Debriefing Experience Scale. **Revista brasileira de enfermagem**. v. 69, n. 4, p.705-11, 2016.Disponível em:<<https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690413i>>.Acesso em: 17 jul. 2021.

ALEXANDER, D; MASINI, E; MUGNAI, L. *Gestão Integrada de Emergências para Emergências em Massa*. 2013:101.

ALIAGA, E.H; ESTRADA, L.D. Trends and Innovations of Simulation for Twenty First Century Medical Education. **Front. Public Health**.v.10:619769, 2022.Disponível em :< <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.619769>>.Acesso em : 26 ago.de 2022.

AMARAL, J.M.V. Simulação em Pediatria. **Acta Pediatrica Portuguesa**.v. 41, n.1, p.44-50, 2010.Disponível em:<[http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/20/20100521163646_Edu_Medica_Amaral_JMV_41\(1\).pdf](http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/20/20100521163646_Edu_Medica_Amaral_JMV_41(1).pdf)>.Acesso em 21 maio 2022.

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. PHTLS: **Prehosp Trauma Life Support**. 9 ed. Chicago: National Association of Emergency Medical Technicians; 2018.

ARAÚJO, J.A.M. et al. O conhecimento da aplicação dos métodos de triagem em incidentes com múltiplas vítimas no atendimento pré-hospitalar. **Revista Nursing**.v.22(252), 2887–2890, 2019.Disponível

em:<<https://doi.org/10.36489/nursing.2019v22i252p2887-2890>>.Acesso em :28 out 2022.

ARORA, S et al. Objective Structured Assessment of Debriefing. **Annals of Surgery**.v.256(6):p 982-988, December 2012.Disponível em:<<https://DOI:10.1097/SLA.0b013e3182610c91>>.Acesso em: 20 maio. 2022.

BALDWIN, K. B. Friday night in the pediatric emergency department: A simulated exercise to promote clinical reasoning in the classroom. **Nurse Educator**, v. 32, n. 1, p. 24-29, 2007.Disponível em :<https://journals.lww.com/nurseeducatoronline/Abstract/2007/01000/Friday_Night_in_the_Pediatric_Emergency.8.aspx>. Acesso em 13 abr. 2022.

BAZYAR, J.; FARROKHI, M.; KHANKEH, H. Triage systems in mass casualty incidents and disasters: a review study with a worldwide approach. **Open access Macedonian journal of medical sciences**, v. 7, n. 3, p. 482, 2019.Disponível em :<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6390156>>.Acesso em :12 ago. 2022.

BHALLA, M.C et al . Algoritmo de Triagem Simples e Tratamento Rápido e Classificação, Avaliação, Salvamento, Intervenções, Tratamento e Transporte métodos de triagem de vítimas em massa para sensibilidade, especificidade e valores preditivos. **Am J Emerg Med**. v.33 (11): 1687-91, 2015.Disponível em:<<https://doi.org/10.1016/j.ajem.2015.08.021>>.Acesso em 27 nov.2022.

BAKER,A.C; JENSEN,P.J; KOLB, D.A.In Conversation: Transforming Experience into Learning.**Simulation & Gaming**. v.28(1), 6–12, 2016.Disponível em:<<https://doi.org/10.1177/1046878197281002>>.Acesso em :12 ago. 2022.

BRANDT, C; COFFEE, T; YURKO, L; YOWLER, C; FRATIANNE, R. Triagem de pequenas queimaduras: evitando o pronto-socorro. **The Journal of Burn Care & Rehabilitation**.v.21 (1): 26–8, 2000.Disponível em :<<https://doi.org/10.1097/00004630-200021010-00006>>.Acesso em:27 nov.2022.

BRANCO, J.G.O et al. Simulação realística em incidente com múltiplas vítimas: apoio da Força Nacional do SUS para organização do cenário. **Global Acad. Nurs**.v.3(4):e306, 2022.Disponível em:<<https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200306>>.Acesso em :05 março 2023.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de intervenção para o SAMU 192**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde.2016. Disponível em:<<https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/outubro/26/livro-avancado-2016.pdf>>.Acesso em: 20 set. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política nacional de atenção às urgências. **PORTARIA N.º 1863/GM, EM 29 DE SETEMBRO DE 2003**.Brasília:Ministério da Saúde. 2003.Disponível em:<chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf>. Acesso em: 20 set. 2022.

BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013*.Brasília:Ministério da Saúde.2003.Disponível em:<https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.htm>.Acesso em 26 de ago.2022.

BRASIL.MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Resolução CNE/CES Nº 3, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília: Ministério da Educação. 2001.Disponível em:<<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>.Acesso em 26 de ago.2022>.Acesso em:23 dez.2022.

BRASIL,C.G.**REAÇÕES FISIOLÓGICAS E ESTRESSE DE ESTUDANTES EM SIMULAÇÃO CLÍNICA MATERNO INFANTIL: ESTUDO QUASE EXPERIMENTAL**.2021.123 tese(Doutorado em Enfermagem).UNIVERSIDADE DE BRASILIA.Brasilia(DF).2021.Disponível em :<https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/45643/1/2021_GuilhermedaCostaBrasil.pdf>.Acesso em: 27 dez. 2022.

BELTRÃO, B. A; JÚNIOR MONTENEGRO, R.M. Simulação no ensino de estudantes e aperfeiçoamento de profissionais da saúde. **Rev Med UFC**, v. 62 n. 1, supl 1,2022.Disponível em :<<https://doi.org/10.20513/2447-6595.2022v62supl1e78667p1>>.Acesso em: 23 ago.de 2022.

BENSON, M, KOENIG KL, SCHULTZ CH. Triagem de desastres: INICIAR, depois SALVAR—um novo método de triagem dinâmica para vítimas de um terremoto catastrófico. **Medicina pré-hospitalar e de desastres**. 1996; 11 (2):117–24, 1996.Disponível em:<<https://doi.org/10.1017/S1049023X0004276X>>.Acesso em: 27 nov.2022.

BRESOLIN, P et al. *Debriefing* in clinical nursing simulation: an analysis based on the theory of experiential learning. **Rev Gaúcha Enferm**.v.43, 2022.Disponível em :<<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210050.en>>.Acesso em :12 nov. 2022.

BERGAMASCO, E.C; PASSOS, I.C.M. O; NOGUEIRA, L.S. ESTRATÉGIAS DE SIMULAÇÃO. **Manual de Simulação Clínica para Profissionais de Enfermagem/ Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo**. - São Paulo-SP, 2020.p 28-46.Disponível em :<<https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/12/Manual-de-Simula%C3%A7%C3%A3o-Cl%C3%ADnica-para-Profissionais-de-Enfermagem.pdf>>;Acesso em :29 de jan.2023.

BRYANT, K et al. Innovations in simulation: Nursing Leaders' Exchange of best practices. **Clinical Simulation in Nursing**, V.(X), 1-8, 2019.Disponível em:<<https://doi.org/10.1016/j.ecns.2019.09.002>>.Acesso em :12 nov. 2022.

BLOG IESPE.DIAS A, Gava G. **o que é o método START?** 2018. Disponível em:<www.iespe.com.br/blog/o-que-e-o-metodo-start>. Acesso em: 20 out. 2022.

BORTOLATO-MAJOR, C, et al. Debriefing evaluation in nursing clinical simulation: a cross-sectional study. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 72, n. 3, p. 788-794,

2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0103>>. Acesso em :29 de jan.2023.

BOOSTEL, R et al. Estresse do estudante de enfermagem na simulação clínica: ensaio clínico randomizado. **Rev. Bras. Enferm.**v.71 (3), 2018. Disponível em :<<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0187>>. Acesso em 3 jan.2023.

BOSTICK, N.A et al. Sistemas de triagem de desastres para eventos catastróficos de grande escala. **Medicina de desastres e preparação para a saúde pública.**v.2 (S1):35-9, 2008. Disponível em :<<https://doi.org/10.1097/DMP.0b013e3181825a2b>>. Acesso em:27 nov.2022.

BUCCO, M. Avaliação do debriefing virtual com estudantes de enfermagem.2021. 123f.Dissertação(Mestrado em Enfermagem) -Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, Curitiba (PR), 2021. Disponível em:<<https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/74666/R%20-%20D%20-%20MARCIA%20BUCCO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 27 nov.2022.

CANNON, M et al. Desenvolvimento de uma ferramenta de triagem de coleta de massa: uma perspectiva australiana. **Medicina pré-hospitalar e de desastres.** 2017; 32 (1):101–5, 2017. Disponível em :<<https://doi.org/10.1017/S1049023X16001242>>. Acesso em: 27 nov 2022.

CERRA, C L. et al. Effects of high-fidelity simulation based on life-threatening clinical condition scenarios on learning outcomes of undergraduate and postgraduate nursing students: a systematic review and meta-analysis. **BMJ Open.** v.22;9(2):e025306,2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025306>>. Acesso em 02 de jan. de 2023.

CHENG, ADAM et al. Learner-Centered Debriefing for Health Care Simulation Education: Lessons for Faculty Development. **Simul Healthc.**v.11, p.32-40, 2016. Disponível em:<<https://doi.org/10.1097/SIH.000000000000136>>. Acesso em :27 nov.2022.

CHENG, A, et al. A practical guide to virtual debriefings: communities of inquiry perspective. **Advances in simulation**, v.5, n.18, p.1-9, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s41077-020-00141-1>>. Acesso em: 12 ago. 2021.

CHENG, A, et al. Embracing informed learner self-assessment during debriefing: the art of plus-delta. **Advances in simulation**, v.6, n.22, p.1-9, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s41077-021-00173-1>>. Acesso em: 27 fev. 2022.

CHENG, A, et al. Reporting guidelines for health care simulation research: extensions to the CONSORT and STROBE statements. **Avanços na Simulação.**v.1, n. 25, 2016. Disponível em :<<https://advancesinsimulation.biomedcentral.com/articles/10.1186/s41077-016-0025-y>>. Acesso em :3 maio .2022.

CONE, D.C; SERRA, J; KURLAND, L. Comparação dos sistemas de triagem SALT e Smart usando um simulador de realidade virtual com estudantes paramédicos. **Revista Europeia de Medicina de Emergência**. v.18 (6):314–21, 2011.Disponível em:<<https://doi.org/10.1097/MEJ.0b013e328345d6fd>>.Acesso em:27 nov.2022.

COSTA, R. R. O et al. Percepções de estudantes de enfermagem acerca das dimensões estruturais da simulação clínica. **Scientia Medica**. v.29(1),e32972, 2019.Disponível em :<<https://doi.org/10.15448/1980-6108.2019.1.32972>>.Acesso em :23 nov.2022.

COUTINHO, V. R. D; MARTINS, J. C. A; PEREIRA, M. F. C. R. Construção e Validação da Escala de Avaliação do Debriefing associado à Simulação (EADaS). **Revista de Enfermagem Referência**, série IV, n.2, p. 41-50, 2014.Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239972005>>. Acesso 02 jun. 2022.

COUTINHO, V., LOBÃO, C., & GONÇALVES, R. (2014). O Debriefing. In: In J. Martins; A. Mazzo; I. Mendes; & M. Rodrigues (Org.). **A simulação no ensino de Enfermagem** (pp. 159-167). Coimbra: UICISA, E. In:Impacto do debriefing associado a práticas simuladas no desenvolvimento de competências em estudantes de Enfermagem. 2016.185f. Tese (Doutorado em Ciências de Enfermagem) - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto, Portugal, 2017. Disponível em: <<https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/105354>>. Acesso em: 03 jun. 2021.

COUTO, T. B, *et al.* Translation of the debriefing assessment for simulation in healthcare in Portuguese and cross-cultural adaptation for Portugal and Brazil. **Advances in simulation**, v.6, n.25, p. 1-7, 2021.Disponível em:<<https://doi.org/10.1186/s41077-021-00175-z>>. Acesso em: 12 ago. 2021.

COULE, P.L, HORNER, J.A. Programas nacionais de suporte à vida em desastres: uma plataforma para resposta multidisciplinar a desastres. **Clínicas Odontológicas da América do Norte**. 51, ed 4, p.819 -825, 2007.Disponível em:<<https://doi.org/10.1016/j.cden.2007.06.006>>.Acesso em: 27 dez.2022.

CUERVA, M.J *et al.* Teaching childbirth with high-fidelity simulation. Is it better observing the scenario during the briefing session? **Journal of obstetrics ad gynaecology**. V.38, 2018. Disponível em:<<https://www.tandfonline.com/doi/citedby/10.1080/01443615.2017.1393403?scroll=top&needAccess=true>>.Acesso em 18 maio 2022.

CRESWELL J.W. **Projeto de Pesquisa: métodos, qualitativos, quantitativos e misto**. Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 161-78.

DIAS, A.A.L. A simulação clínica como estratégia de ensino de medidas de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde. 229f. 2019. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade Federal de São Carlos, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, São Carlos – SP, 2019. Disponível em :<<https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/12110/AALD%20-%20TESE.pdf?sequence=2&isAllowed=y>>.Acesso em:27 nov.2022.

DREIFUERST, K. T. Getting started with debriefing for Meaningful learning. **Clinical Simulation in Nursing**, v. 11, n.5, p. 268-275, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2015.01.005>>. Acesso em 26 maio 2022.

DREIFUERST, K.T. Using debriefing for meaningful learning to foster development of clinical reasoning in simulation. **J Nurs Educ.**v.51(6):326-33,2012..Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.3928/01484834-20120409-02>>. Acesso em 19 nov. 2022.

DYER, C.B et al. SWiFT: uma ferramenta de triagem rápida para idosos vulneráveis em situações de desastre. **Medicina de desastres e preparação para a saúde pública.** 2 (S1):S45–S50, 2008. Disponível em :<<https://doi.org/10.1097/DMP.0b013e3181647b81> >. Acesso em :27 nov.2022.

DOMINGUES, T.A.M; NOGUEIRA, L.S. N; MIÚRA, C.R.M. SIMULAÇÃO CLÍNICA: PRINCIPAIS CONCEITOS E NORMAS DE BOAS PRÁTICAS. **Manual de Simulação Clínica para Profissionais de Enfermagem/ Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo.** - São Paulo-SP, 2020.p.12-27. Disponível em <<https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/12/Manual-de-Simula%C3%A7%C3%A3o-CI%C3%ADnica-para-Profissionais-de-Enfermagem.pdf>>; Acesso em :29 de jan.2023.

EITEL, D.R et al. O algoritmo de triagem do índice de gravidade de emergência versão 2 é confiável e válido. **Medicina de emergência acadêmica: jornal oficial da Society for Academic Emergency Medicine.**v.10 (10): 1070-80, 2003. Disponível em :<[https://doi.org/10.1197/S1069-6563\(03\)00350-6](https://doi.org/10.1197/S1069-6563(03)00350-6)>. Acesso em : 27 nov.2022.

ENDACOTT, R; et al. Frameworks and quality measures used for debriefing in team-based simulation: a systematic review. **BMJ STEL**, v.5, p.61–72, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1136/bmjstel-2017-000297>>. Acesso em: 12 ago. 2021.

EMERMAN, C.L; SHADE, B. EMT; KUBINCANEK, J EMT-P. Uma comparação do julgamento EMT e instrumentos de triagem de trauma pré-hospitalar. **O Jornal do Trauma.**V.31 (10): 1369-75, 1991. Disponível em :<<https://doi.org/10.1097/00005373-199110000-00009> >. Acesso em : 27 nov.2022.

EPPICH, W; CHENG, A. Promoting Excellence and Reflective Learning in Simulation (PEARLS), Simulation in Healthcare: **The Journal of the Society for Simulation in Healthcare**, v.10 (Issue 2), p.106-15, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1097/SIH.0000000000000072>>. Acesso em: 24 fev. 2022.

FABRI, R. P, *et al.* Development of a theoretical-practical script for clinical simulation. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.51, p.1-7, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016265103218>>. Acesso em: 12 abr. 2020.

FANNING, R.M; GABBA, D.M. The role of debriefing in simulation-based learning. **Simul Healthc.**v.2(2):115-25, 2007. Disponível em:<<https://doi.org/10.1097/SIH.0b013e318031553936>>. Acesso em :26 maio 2022

FILHO, PAZIN, A; SCARPELINI, S. **Simulação: definição. Medicina**, Ribeirão Preto, v. 40 (2): 162-6, abr./jun. 2007. Disponível

em:<<https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/download/312/313/618#:~:text=A%20si mula%C3%A7%C3%A3o%20pode%20ser%20definida,tarefa%20a%20ser%20repli cada%E2%80%9D1>>. Acesso em :13 abril.2022.

FISHER, D.L; WISHER, R.A; RANNEY T.A Optimal static and dynamic training schedules: state models of skill acquisition. *J Math Psychol.*v.40(1):30-47, 1996.Disponível em:< [https:// doi.org/10.1006/jmps.1996.0002](https://doi.org/10.1006/jmps.1996.0002)>. Acesso em 26 maio 2022.

GABA, D. M. The future vision of simulation in health care. **BMJ Qual Saf Health Care**, v.13 (suppl. 1), p.i2-i10, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/qhc.13.suppl_1.i2>. Acesso em: 24 fev. 2022.

GABA, D., HOWARD, S. K., FISH, K. J. *et al.* Simulation-based training in anesthesia crisis resource management (ACRM): A decade of experience. **Simulation & Gaming**, v. 32, p. 175-193, 2007.Disponível em :<<https://www.semanticscholar.org/paper/Simulation-Based-Training-in-Anesthesia-Crisis-A-of-Gaba-Howard/951b1258b4638bc9c321d073328febb732f64b92>>. Acesso em : 13 abr. 2022.

GABLE, B.D et al.Disaster Day: A Simulation-Based Disaster Medicine Curriculum for Novice Learners.**J Med Educ Curric Dev.**v.8:23821205211020751,2021.Disponível em :<<https://doi.org/10.1177/23821205211020751>>. Acesso em : 13 set.2022.

GARNER, A et al. Análise comparativa de algoritmos de triagem de incidentes com múltiplas vítimas. **Anais de medicina de emergência.**v.38 (5):541–8, 2001.Disponível em:<. <https://doi.org/10.1067/mem.2001.119053>>. Acesso em:27 nov.2022.

GRANT, J.S et al. Comparing the effectiveness of video-assisted oral debriefing and oral debriefing alone on behaviors by undergraduate nursing students during high-fidelity Simulation. *Nurse Educ Pract.*v.14(5):479-84, 2014.Disponível em:<<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2014.05.003>>. Acesso em 26 maio. 2022.

GRANT et al.,2018. Difficult Debriefing situations: A toolbox for simulation educators, *Medical Teacher*, v.40:7, 703-712, 2018.DISPONIVEL em:<<https://doi.org/10.1080/0142159X.2018.1468558>>. Acesso em: 20 maio. 2022.

GUERRERO, J.G; CASTRO-TUNGPALAN, G.M; RAGUINI-PINGUE, M. Impact of simulation debriefing structure on knowledge and skill acquisition for postgraduate critical care nursing students: three-phase vs. multiphase. **BMC Nurs.**v.21, 318, 2022.Disponível em:< <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01100-z>>. Acesso em: 20 maio. 2022.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 1991.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Atlas, 1999.

GILBOY, N; TRAVERS, D; WUERZ, R. Reavaliando a triagem no novo milênio: Um olhar abrangente sobre a necessidade de padronização e qualidade. **Journal of Emergency Nursing:JEN:publicação oficial da Emergency Department Nurses Association**.V.25 (6):468–73, 1999.Disponível em :<[https://doi.org/10.1016/S0099-1767\(99\)70007-3](https://doi.org/10.1016/S0099-1767(99)70007-3)>.Acesso em :27 nov. 2022.

GONÇALVES,S.A.T.**SENTIMENTOS ESTRESSORES EM ESTUDANTES DE ENFERMAGEM NO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM UTILIZANDO A SIMULAÇÃO REALÍSTICA: UM ESTUDO DE ESCOPO**.2021.51 f.Dissertação(Mestrado profissional em ensino em saúde).Universidade José do Rosário vellano.Belo Horizonte-BH.2021.Disponível em:<<http://tede2.unifenas.br:8080/jspui/bitstream/jspui/308/2/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20Silvana.pdf>>.Acesso em:23 jan.2023.

GONZÁLEZ, P.A et al. O desenvolvimento e as características do método de triagem avançada pré-hospitalar espanhol (META) para incidentes com vítimas em massa. **Revista escandinava de trauma, ressuscitação e medicina de emergência**. v.24 (1):63, 2016.Disponível em :<<https://doi.org/10.1186/s13049-016-0255-y>>.Acesso em: 27 nov.2022.

HARGREAVES, LHH. Planejamento e Gerenciamento de Emergências, Desastres e Epidemias, Brasília-DF. **W Educacional Editora e Cursos Ltda**, 2008.Disponível em :<<https://docplayer.com.br/3667117-Planejamento-e-gerenciamento-de-emergencias-desastres-e-epidemias-brasilia-df.html>>.Acesso em :27 de ago.2022.

HANSHAW, S.L;DICKERSON,S.S.High fidelity simulation evaluation studies in nursing education: A review of the literature.**Nurse Education in Practice**.v.46,102818,2020..Disponível em:<<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102818>>.Acesso em :27 de ago.2022.

HODGETTS, T; HALL. J; MACONOCHIE, I; SMART, C. **Fita de triagem pediátrica. Atendimento Imediato Pré-Hospitalar**.v. 2 :155-9.1998.

HORNE, S et al. Triagem do Reino Unido – uma ferramenta aprimorada para uma ameaça em evolução. **Prejuízo.International Journal of the care of the injured**.v.44 (1):23–8, 2013.Disponível em:<<https://doi.org/10.1016/j.injury.2011.10.005> >. Acesso em: 27 nov.2022.

HULLEY, S.B et al. Delineando a pesquisa clínica 4. Porto Alegre: Artmed, 2015.

INACSL Standards Committee; McDermott. D.S; Ludlow. J; Horsley. E & Meakim; C. Healthcare Simulation Standards of Best Practice TM **Prebriefing: Preparation and Briefing. Clinical Simulation in Nursing**, 58, 9-13, 2021. Disponível em:<<https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.011> > em :03 maio 2022.

INACSL Standards Committee; Decker, S; Alinier, G; Crawford, S.B. B; Gordon, R.M & Wilson, C. Healthcare Simulation Standards of Best Practice TM The *Debriefing Process*. *Clinical Simulation in Nursing*, 58, 27-32, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.011> > Acesso em: 03 maio 2022.

INACSL Standards Committee; Persico, L., Belle, A., DiGregorio, H., Wilson-Keates, B., & Shelton, C. *Healthcare Simulation Standards of Best Practice TM Facilitation*. *Clinical Simulation in Nursing*, 58, 22-26, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.010>>. Acesso em: Acesso em 03 maio 2022.

INACSL Standards Committee, Watts, P.I., McDermott, D.S., Alinier, G., Charnetski, M., & Nawathe, P.A. Healthcare Simulation Standards of Best Practice TM Simulation Design. *Clinical Simulation in Nursing*, 58, 14-21, 2021. Disponível em :<<https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.009> >. Acesso em 23 maio 2022.

INACSL Standards Committee. **Healthcare Simulation Standards of Best Practice**. *Clinical Simulation in Nursing*, 58, 66, 2021. Disponível em :<<https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.018>>. Acesso em; Acesso em: 15 out. 2021.

INTRIERI, A.C.U et al. O ENFERMEIRO NO APH E O MÉTODO START: UMA ABORDAGEM DE AUTONOMIA E EXCELÊNCIA. **Revista UNILUS Ensino e Pesquisa**, v. 14, n. 34, jan./mar. 2017. Disponível em :<<http://revista.lusiada.br/index.php/ruep/article/view/793/u2017v14n34e793>>. Acesso em: 30 de ago. 2022.

JEFFRIES, P R; RODGERS, B; ADAMSON, K. NLN Jeffries simulation theory: Brief Narrative Description, **Nursing Education Perspectives**, v.36 (Issue 5), p.292-3, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.5480/1536-5026-36.5.292>>. Acesso em: 26 fev. 2022.

JEFFRIES, P. R. et al. Faculty Development When Initiating Simulation Programs: Lessons Learned From the National Simulation Study. **Journal of Nursing Regulation**. v.5(4), 17-23, 2015. Disponível em :<<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2155825615300375>>. Acesso em: 23 nov 2022.

JEFFRIES P. **Simulation in nursing education: from conceptualization to evaluation**. New York: National League for Nursing Editora; 2007.

JEFFRIES, P. R. A framework for designing, implementing, and evaluating: Simulations used as teaching strategies in nursing. **Nursing education perspectives**, v. 26, n. 2, p. 96-103, 2005. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15921126/>>. Acesso em: 24 fev. 2022.

JENKINS, J.L et al. Mass-Casualty Triage: Time for an Evidence-Based Approach. **Prehospital and Disaster Medicine**, v.23(1), 3-8, 2008. Disponível em:<<https://doi:10.1017/S1049023X00005471>. Acesso em :24 de ago. 2022.

JENSEN, S; KUSHNIRUK, A.W; NOHR, C. Clinical simulation: A method for development and evaluation of clinical information systems. **Journal of Biomedical**

Informatics, v. 54, 65–76, 2015. Disponível em : <<https://doi.org/10.1016/j.jbi.2015.02.002>>. Acesso em 14 maio 2022.

KELEN, G.D et al. Classificação de disposição de pacientes internados para a criação de capacidade de surto hospitalar: um estudo multifásico. *The Lancet*.v.368 (9551): 1984-90, 2006. Disponível em:<[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69808-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69808-5)>. Acesso em 28 dez.2022.

KELLY, F. E.Fire safety and emergency evacuation guidelines for intensive care units and operating theatres: for use in the event of fire, flood, power cut, oxygen supply failure, noxious gas, structural collapse or other critical incidents.**Guidelines from the Association of Anaesthetists and the Intensive Care Society**.V. 76, 1377–1391,2021.Disponível em :<<https://doi.org/10.1111/anae.15511>>. Acesso em :21 nov.2022.

KOENIG, K.L, SCHULTZ, C.H. Disaster Medicine Comprehensive Principles and Practice **Cambridge University Press**. 2010.Disponível em :<https://assets.cambridge.org/97811070/40755/frontmatter/9781107040755_frontmatter.pdf>. Acesso em:27 nov. 2022.

KOLB, D. A. **Experiential learning: Experience as the source of learning and development**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1984.

KUIPER, R *et al*. Debriefing with the OPT model of clinical reasoning during high fidelity patient simulation. **Int J Nurs Educ Scholarsh**.Article 17, 2008.Disponível em: <<https://doi.org/10.2202/1548-923X.1466>>. Acesso em: 26 maio 2022.

KLIPPE, C, S. C, *et al*. Contribuição do debriefing no ensino baseado em simulação. *Revista de Enfermagem UFPE online*, v.14, p.e241872, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.241872>>. Acesso em: 24 abr. 2021.

LABRAGUE,L.J et al. High-fidelity simulation and nursing students' anxiety and self-confidence: A systematic review. **Nursing Forum**.V.54,Issue3. Disponível em:<<https://doi.org/10.1111/nuf.12337>>. Acesso em 02 de jan. de 2023.

LEE, J, *et al*. Debriefing methods and learning outcomes in simulation nursing education: a systematic review and meta-analysis. **Nurse education today**, v.87, p.1-39, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104345>>. Acesso em: 13 dez. 2021.

LERNER,E.B et al. Triagem de vítimas em massa: uma avaliação dos dados e desenvolvimento de uma proposta de diretriz nacional. **Cambridge University Press**.v.2 Edição S1,2013.Disponível em :<<https://www.cambridge.org/core/journals/disaster-medicine-and-public-health-preparedness/article/mass-casualty-triage-an-evaluation-of-the-data-and-development-of-a-proposed-national-guideline/1F46780F3780F6C0DE330B5302C0A33F>>. Acesso em 28 dez.2022.

LIMA, S. F; D'EÇA, J. A et al. Conhecimentos básicos para estruturação do treinamento de habilidades e da elaboração das estações simuladas. **Simulação em**

saúde para ensino e avaliação: conceitos e práticas /Associação Brasileira de Educação Médica.São Carlos, São Paulo,2021.p.53-82.Disponível em:<<https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2022/03/LIVRO-Simulacao-em-saude-para-ensino-e-avaliacao.pdf>>.Acesso em :23 nov 2022.

LIMA, D.S. **Noções em incidentes com múltiplas vítimas.** In: Lima DS. Emergência médica: suporte imediato à vida. Fortaleza: Unichristus; 2018. p. 271-84.

LIMA, D.S et al. Simulação de incidente com múltiplas vítimas: treinando profissionais e ensinando universitários. **Rev Col Bras Cir.**V. 46(3):e20192163, 2019.Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/rcbc/a/VJPGJ4wwyh34KMmYrqTXcFz/?format=pdf&lang=pt>>.Acesso em :27 de ago.2022.

LIOCE, L et al. Standards of Best Practice: Simulation Standard IX: Simulation Design. **Clinical Simulation in Nursing**, v. 11(6), 309-315, 2015.Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2015.03.005>>.Acesso em :27 de ago.2022.

LOKE,A.Y; GUO,C;MOLASSIOTIS,A.Development of disaster nursing education and training programs in the past 20 years (2000–2019): A systematic review.**Nurse Education Today**.v. 99, 104809,2021.Disponível em:<<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104809>>.Acesso em :27 de ago.2022.

LOOMIS, A; DREIFUERST, K. T; BRADLEY, C.S. Acquiring, Applying and Retaining Knowledge Through Debriefing for Meaningful Learning. **Clinical Simulation in Nursing**.V.68. p.28-33, 2022.Disponível em:<<https://doi.org/10.1016/j.ecns.2022.04.002>>.Acesso em :27 set.2022.

LORENZO, R.A; PORTER, R.S. **Atendimento tático de emergência: Medicina extra-hospitalar militar e operacional.** Prentice Hall; 1999.

MANESH, A. K et al. Current Perspectives and Concerns Facing Hospital Evacuation: The Results of a Pilot Study and Literature Review.**Disaster Medicine and Public Health Preparedness**.v.16: 650–658,2-2022.Disponível em :<<https://doi.org/10.1017/dmp.2020.391>>.Acesso em :21 nov.2022.

MANESH, A.K et al. Hospital Evacuation; Learning from the Past? Flooding of Bangkok 2011.**British Journal of Medicine & Medical Research**, v.4(1): 395-415, 2014.Disponível em :<https://www.researchgate.net/publication/257139044_Hospital_Evacuation_Learning_from_the_Past_Flooding_of_Bangkok_2011>.Acesso em : 23 nov .2022.

MARTINS, J.C.A. Aprendizagem e desenvolvimento em contexto de prática simulada **Revista de Enfermagem**, série IV - n.º 12 - 2017.Disponível em :<<https://www.redalyc.org/pdf/3882/388250148003.pdf>>.Acesso em :23 maio 2022

MARTINS, A. D.M; PINHO, D. L.M. Interprofessional simulation Effects for healthcare students: A systematic review and meta-analysis. **Nurse**.v.94, 104568,2020.Disponível em

:<<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0260691720314180?via%3Dihub>>. Acesso em: 23 maio 2022.

MASTERS, M et al. Western Journal of Emergency Medicine: Integrating Emergency Care with Population Health. **Western Journal of Emergency Medicine**, Volume XVI, Supplement: July 2015. Disponível em: <<https://escholarship.org/content/qt7340m265/qt7340m265.pdf> >. Acesso em: 23 de ago.2022.

MAZZO, A et al. IMPLICAÇÕES DO USO DE SOM E IMAGEM NA AVALIAÇÃO DE DEBRIEFING. **Revista Mineira de Enfermagem**. v.23, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190007>>. Acesso em: 23 dez. 2022.

MEAKIM, C *et al.* Padrões de Boas Práticas: Simulação Padrão I: Terminologia. **Simulação Clínica em Enfermagem**, 9(6S), S3- S11. Disponível em :<<http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2013.04.001>>. Acesso em: 23 maio 2022.

MELO, M. C. B, *et al.* Ensino mediado por técnicas de simulação e treinamento de habilidades de comunicação na área da saúde. **Revista Médica de Minas Gerais**, v.26, p.e-1805, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20160105>>. Acesso em: 27 fev. 2022.

MENEZES, P. D. T. R; HASHIMOTO, P. C. **Manual de simulação clínica para profissionais de enfermagem**. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. São Paulo, 2020. Disponível em: <<https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/12/manual-de-simula%c3%a7%c3%a3o-cl%c3%adnica-para-profissionais-de-enfermagem.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2021.

MESKA, M. H. G, *et al.* Retrospectiva histórica da moulage: interfaces da ciência da saúde e contribuições na perspectiva da aprendizagem experiencial. **Brazilian Journal of Development**, v.7, n.12, p.120922-38, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.34117/bjdv7n12-726>>. Acesso em: 24 fev. 2022.

MOTA, L.M; SANTOS, A.L.F; WYSZOMIRSKA, R.M.A.F. Avaliação dos conhecimentos cognitivos associados ao debriefing na simulação realística. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 3, e 38811326583, 2022. Disponível em :< DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i3.26583>>. Acesso em 17 maio 2022.

NADLER, C. F et al. O Impacto Da Simulação Clínica De Alta Fidelidade No Ensino De Enfermagem Pediátrica: Estudo Experimental. **Texto contexto - enferm**.v. 31, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0410pt>>. Acesso em: 02 set. 2022.

NASCIMENTO, J. S. G; PEREIRA, I.M et al. Técnica de debriefing videoassistida para simulação em enfermagem: como proceder? **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.42, p.e20190361, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20190361>>. Acesso em: 02 fev. 2022.

NASCIMENTO, J. S. G; PIRES, F. C et al. Oral debriefing technique oriented by instructor in clinical nursing simulation: integrative review. **Revista Brasileira de**

Enfermagem, v.74(suppl 5), p.e20190750, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0750>>. Acesso em: 26 fev. 2022.

NASCIMENTO, J. S. G; OLIVEIRA, J.L.G et al. Métodos e técnicas de debriefing utilizados em simulação na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.41, p. e20190182, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190182>>. Acesso em: 18 set. 2021.

NATIONAL LEAGUE FOR NURSING. Simulation Innovation. **Resource Center**, 2013. Disponível em: <<http://sirc.nln.org/mod/glossary/view.php?id?id?id?id?id?id=183>>. Acesso em: 27 maio 2022.

NEGRI, E. C, *et al.* Simulação clínica com dramatização: ganhos percebidos por estudantes e profissionais de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.25, p. e2916, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1518-8345.1807.2916>>. Acesso em: 23 out. 2021.

NICKERSON, M; POLLARD, M. Mrs. Chase and her descendants: a historical view of simulation. **Creat Nurs**.v.16(3):101-5, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1891/1078-4535.16.3.101>>. Acesso em 23 nov.2022.

NOCERA, A; GARNER, A. Triagem de desastres na Austrália: um labirinto de cores na Torre de Babel. **Jornal australiano e neozelandês de cirurgia**.v. 69 (8):598–602,199. Disponível em: <<https://doi.org/10.1046/j.1440-1622.1999.01643.x> >. Acesso em:27 nov.2022.

OLIVEIRA, S.N et al. Pensamento reflexivo na enfermagem: O uso do debriefing como elemento pedagógico. **REME Rev Min Enferm**.v.26, 2022. Disponível em: <<https://periodicos.ufmg.br/index.php/remem/article/view/38846>>. 13 nov.2022.

OLIVEIRA, J. N. F; CARNEIRO, A. C. C; SESTELO, M. Debriefing Analysis In Realistic Simulation In A Health Institution Of Medical Teaching. **International Journal of Education and Health**.v. 6, e4390,2022. Disponível em :<<https://doi.org/10.17267/2594-7907ijeh.2022.e4390>>. Acesso em: 27 nov.2022.

OLIVEIRA, S. N, *et al.* Da teoria à prática, operacionalizando a simulação clínica no ensino de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.71(suppl 4):1896-903, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0180>>. Acesso em: 23 out. 2021.

OLIVEIRA, A. A et al. Simulação Realística Na Educação Interprofissional De Estudantes De Graduação Da Área Da Saúde: Uma Breve Revisão Da Literatura. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**.Vol.22, n.3, pp.37-40, 2018. Disponível em: <https://www.mastereditora.com.br/periodico/20180504_105359.pdf>. Acesso em :27 nov.2022.

OLIVEIRA,K.M. **Implementação Da Simulação Realística Como Método De Melhoria Da Segurança Do Paciente: Ensaio Controlado**.2017.192 p.Dissertação(Mestrado em Enfermagem)Universidade de Brasília,2017.Disponível

em:<https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/31941/3/2017_KarillucyMendesdeOliveira_PARCIAL.pdf>. Acesso em :23 de ago.2022.

OLIVEIRA, S. N; PRADO, M. L; KEMPFER, S.S. Utilização da simulação no ensino da enfermagem: revisão integrativa. *Rev Min Enferm.v.18(2): 487-495, 2014*.Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/1415-2762.20140036>>.Acesso em: 27 de ago.de 2022.

PACHECO, L.M, ALELUIA, I.M.B, SESTELO, M.R. Avaliação discente do “*debriefing*” na simulação em semiologia médica em um curso de medicina em Salvador/BA. **Rev Inter Educ Saúde.v.6:e3136, 2022**.Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.17267/2594-7907ijeh.2022.e3136>>.Acesso em: 27 nov.2022.

PARANÁ(ESTADO).**PROJETO PEDAGÓGICO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM- MODALIDADE BACHARELADO**.O Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem, aprovado pela Resolução nº13/08-CEPE.Disponível em :<<http://www.saude.ufpr.br/portal/enfermagem/wp-content/uploads/sites/4/2019/08/PPC-Bacharelado-PDF.pdf>>.Acesso em :27 dez.2022.

PATTERSON, M.D, *et al*. *In Situ Simulation: Challenges and Results*. In: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, Grady ML, editors. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol. 3: Performance and Tools)*. Rockville (MD): **Agency for Healthcare Research and Quality (US)**; 2008 Aug.Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21249938/>>.Acesso em :22 maio 2022.

PHRAMPUS, P.E et al. **Healthcare simulation**: from ‘best secret’ to ‘best practice’. In: Levine AI, DeMaria Jr S, Schwartz AD, Sim A. *Comprehensive textbook of healthcare simulation*. New York: Springer; 2013. p. 73-84.

PEARSON M, SMITH D. **Debriefing in experience-based learning. Reflection: Turning experience into learning**. 1986, 69-84.

PETRANEK, C.F. Written debriefing: the next vital step in learning with simulations. **Simul Gam.** v.31(1):108-18, 2000.Disponível em:< <https://doi.org/10.1177/104687810003100111>>.Acesso em: 26 maio 2022.

POLLARIS, G; SABBE, M. Triagem reversa: mais do que apenas outro método. **Revista Europeia de Medicina de Emergência.** v.23 (4):240–7,2016. Disponível em:<<https://doi.org/10.1097/MEJ.0000000000000339>>.Acesso em:27 nov.2022.

POORE, J.A *et al* Debriefing Interprofessionally: a tool for recognition and reflection. **Nurse Educ.v.44(1):25-8, 2019**.Disponível em :<<https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000518>>.Acesso em :26 maio 2022.

POWERS, R; DAILY, E. *Enfermagem em desastres internacionais*. Nova York: Cambridge University Press; 2010. Triagem de desastres. Disponível em :<<https://doi.org/10.1017/CBO9780511841415>>.Acesso em :27 nov.2022.

REED, S. Y. Debriefing experience scale: development of a tool to evaluate the student learning experience in debriefing. **Clinical Simulation in Nursing**, v.8, n.6, p.211-7, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.10.16/j.ecns.2011.11.002>>. Acesso em: 17 set. 2021.

RODRIGUES, L F et al. Avaliação do processo ensino-aprendizagem no ambiente de simulação realística na graduação em enfermagem. **Enferm. Foco**.v. 10 (6): 118-124, 2019.Disponível em <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2782/660>>.Acesso em: 24 nov. 2021.

ROMIG, L.E. **Triagem Pediátrica**. Um sistema para Jump START sua triagem de pacientes jovens em MCIs. *JEMS: um jornal de serviços médicos de emergência*. 2002; 27 (7):52–8. 60-3.

ROSA, M. E. C, et al. Avaliação do debriefing na simulação clínica no ensino em enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v.10, n.4, p.153-160, 2020.Disponível em: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2021/02/Avaliacao-debriefing-simulacao-clinica-ensino-enfermagem.pdf>>.Acesso em: 24 abr. 2021.

RUDOLPH, J. W. et al. Debriefing as Formative Assessment: Closing Performance Gaps in Medical Education. *Academic Emergency Medicine*, v.15, n.11, p.1010-6, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2008.00248.x>>. Acesso em: 28 fev. 2022.

RUDOLPH, J.W et al. There's No Such Thing as "Nonjudgmental" Debriefing: A Theory and Method for Debriefing with Good Judgment. *Simulation in Healthcare*. Volume 1, Number 1, Spring 2006.Disponível em: <https://journals.lww.com/simulationinhealthcare/pages/articleviewer.aspx?year=2006&issue=00110&article=00006&type=Fulltext>.Acesso em 20 maio 2022.

RUDOLPH, J.W; MAESTREA, J.M. Teorías y estilos de debriefing: el método con buen juicio como herramienta de evaluación formativa en salud. **Rev Esp Cardiol**.V.68(4):282-5, 2015.Disponível em <<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2014.05.018>>.Acesso em 13 set 2022.

RUMSEY, D.J.Como interpretar um coeficiente de correlação r.Disponível em <<https://www.dummies.com/article/academics-the-arts/math/statistics/how-to-interpret-a-correlation-coefficient-r-169792/>>.Acesso em 29 jan.2023.

SAHO, M et al. Características sociodemográficas e acadêmicas de estudantes de enfermagem em formação profissional. **Revista Enfermagem Contemporânea**, 10(2), 280–288,2021.Disponível em :< <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v10i2.3892>>.Acesso em: 20 nov 2022.

SACCO, W.J et al. Formulação precisa e aplicação baseada em evidências de triagem com recursos limitados. **Medicina de emergência acadêmica**. 12 (8):759–70, 2005.Disponível em :<<https://doi.org/10.1197/j.aem.2005.04.003>>.Acesso em :27 nov. 2022.

SALOMON, PERKINS, D.N. Rocky roads to transfer: rethinking mechanism of a neglected phenomenon. **Educ Psychol.** V.24, n. 2, p:113-42, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1207/s15326985ep2402_1>. Acesso em :26 maio 2022.

SALOMONE J. Desastres – eles não são mais problema de outra pessoa. Princípios e pressões da triagem. **Revista Panamericana de Trauma.** v.14 (2):44–52,2007. Disponível em :<chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.panamtrauma.org/resources/journals/pjt_%20vol14_no1_2007.pdf>. Acesso em :23 ago. 2022.

SALVADOR, P.T.C.O et al.,2011. A formação acadêmica de enfermagem e os incidentes com múltiplas vítimas:revisão integrativa.**Rev Esc Enferm USP.**V. 46(3):742-51,2012. Disponível em : <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.scielo.br/j/reeusp/a/mD8tnSp3VHv94nHDpDgKtTR/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em : 23 ago. 2022.

SALVI,C.P.P; MENDES,S.S; MARTINO,M.M.F. Profile of nursing students: quality of life, sleep and eating habits.**Revista Brasileira de Enfermagem.**v. 73, Suppl 1, 2020. Disponível em :<<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0365>>. Acesso em : 25 nov. 2022.

SAWYER, T, et al. More Than One Way to Debrief: A Critical Review of Healthcare Simulation Debriefing Methods. **Simul Healthc.**v.11(3):209-17,2016. Disponível em :<https://journals.lww.com/simulationinhealthcare/Fulltext/2016/06000/More_Than_One_Way_to_Debrief__A_Critical_Review_of.9.aspx>. Acesso em : 23 ago. 2022.

SMELTZER SC, Bare B. Brunner e Suddarth: **tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. v.2.p.2419.

SEAM, N et al. Simulation Training in the ICU. **Review Chest.**v.156(6):1223-1233,2019. Disponível em: <https://DOI:10.1016/j.chest.2019.07.011>. Acesso em : 25 ago.2022.

SILVA, R.P et al., 2020. Aplicabilidade da simulação realística na graduação de enfermagem: experiência em incidentes com múltiplas vítimas. **Rev baiana enferm.**v.34:e34648,2020. Disponível em :https://www.researchgate.net/publication/340642525_APLICABILIDADE_DA_SIMULACAO_REALISTICA_NA_GRADUACAO_DE_ENFERMAGEM_EXPERIENCIA_EM_INCIDENTES_COM_MULTIPLAS_VITIMAS. Acesso em : 23 ago.2022.

SILVA, C.R.O. **Metodologia e organização do projeto de pesquisa: guia prático.** Fortaleza, CE: Editora da UFC, 2004.

SILVA, E. L; MENEZES, E.M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação.** 3ª ed. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.**JAMA,** v.11;302(18):1977-84, nov ,2009. Disponível em: <<https://cursos.unipampa.edu.br/cursos/ppgcb/files/2011/03/Metodologia-da-Pesquisa-3a-edicao.pdf>>. Acesso em 13 maio 2022.

SILVA, M et al. Avaliação do debriefing estruturado como estratégia pedagógica em enfermagem de saúde familiar. **Revista de Enfermagem Referência**.v.5(2), e19081,2020.Disponível em:<https://www.researchgate.net/publication/341057876_Avaliacao_do_debriefing_estruturado_como_estrategia_pedagogica_em_enfermagem_de_saude_familiar>. Acesso em:20 dez.2022.

SOUSA, K.S M.S.M et al. PRÁTICA DO ENFERMEIRO NO INCIDENTE COM MÚLTIPLAS VÍTIMAS. **Rev. Enferm. Atual In Derme**.v. 95 n. 35, 2021. Disponível em : <<https://teste.revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/1158>>. Acesso em:30 de ago.2022.

SMITH, M.B et al. The Use of Simulation to Teach Nursing Students and Clinicians Palliative Care and End-of-Life Communication: A Systematic Review. **Am J Hosp Palliat Care**.v.35(8):1140-1154,2018.Disponível em :<<https://doi.org/10.1177/1049909118761386>>. Acesso em : 23 ago.2022.

SMITH, W. **Triagem em situações de acidentes em massa**. *Educação Médica Continuada*. v.30 (11):413–5,2012.
Tran, M.D et al. The Bali bombing: civilian aeromedical evacuation. **Med J Aust**. v.6;179(7):353-6,2003. Disponível em:< <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2003.tb05592.x>>. Acesso em:27 nov.2022.

TEIXEIRA JÚNIOR, E.V. **Acidentes com múltiplas vítimas**. In: Oliveira B.F.M, Parolin M.K.F, Teixeira Júnior, E.V. Trauma: atendimento pré-hospitalar.2 ed. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 497-506.

TEXAS DEPARTMENT OF HEALTH. **Simple triage and rapid treatment**. Revised 1/97, 1993.Disponível em: <http://researchinpem.homestead.com/files/start_-_disaster_triage.doc>. Acesso em: 27 de nov. 2022.

TIAN, L; FANG, Z; XIAO, H; LI L, LI .Y. Valor do escore de alerta precoce de triagem para pacientes com trauma em um departamento de emergência. Zhong nan da xue bao Yi xue ban = **Jornal de Ciências Médicas da Universidade Central do Sul**.v.40 (5):549–57,2015.

TIMMIS, C; SPEIRS, K. Student perspectives on post-simulation debriefing. Clin Tech.v.12(6):418-22, 2015.Disponível em:<<https://doi.org/10.1111/tct.12369>>. Acesso em: 20 maio 2022.

TYERMAN, J *et al* . A systematic review of health care presimulation preparation and briefing effectiveness. **Clin Simul Nurs**.v.27:12-25,2019. Disponível em:<doi: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2018.11.002>>. Acesso em: 20 maio 2022.

TRAN, M et al. The Bali bombing: civilian aeromedical evacuation. **Med J Aust**.v.6;179(7):353-6,2003. Disponível em :<<https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2003.tb05592.x>>. Acesso em :23 nov 2022.

VASSALLO J, BEAVIS J, SMITH JE, WALLIS LA. MAJOR incident triage: Derivation and comparative analysis of the Modified Physiological Triage Tool (MPTT). **RESEARCH ARTICLE**.v. 48 (5):992–9. Disponível em :< <https://doi.org/10.1016/j.injury.2017.01.038>>.Acesso em:13 ago.2022.

VIEIRA, S, HOSSNE, W.S. **Metodologia científica para a área da saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

VILAÇA, L. V et al., 2020.Simulação realística de atendimento a incidentes com múltiplas vítimas pelo programa de residência em enfermagem. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, vol. 8, núm. 1, 2020.Universidade Federal do Triângulo Mineiro, BRASIL. Disponível em:<<https://www.redalyc.org/journal/4979/497962779019/497962779019.pdf>>.Acesso em:20 de ago.2022.

ZAMJAHN, J.B et al. Assessment: development of an electronic version of the Objective Structured Assessment of Debriefing tool to streamline evaluation of video recorded debriefings. **Journal of the American Medical Informatics Association**.v. 25(10), 1284–1291, 2018.Disponível em:< <https://academic.oup.com/jamia/article/25/10/1284/5123667>>.Acesso em :25 maio 2022.

WALLIS, L; GOTTSCHALK, S; WOOD, D; BRUIJNS, S; VRIES, S; BALFOUR, C. A pontuação da triagem do cabo – um sistema de triagem para a África do Sul. **Revista Médica Sul-Africana**.v.96, 53–6,2006.

WAXMAN, K.T. The development of evidence-based clinical simulation scenarios: guidelines for nurse educators. **J Nurs Educ**.v.49(1):29-35,2010. Disponível em:<<https://doi.org/10.3928/01484834-20090916-07>>.Acesso em:13 ago.2022.

Weir, W. Mrs. Chase' is a Medical Marvel. **The Hartford Courant**.Disponível em :<http://articles.courant.com/2012-03-29/health/hc-mrs-chase-hartford-hospital-0328-20120327_1_doll-nursing-student-mannequins>.Acesso em:23 nov 2022.

WOLF. P et al. Avaliação de um novo algoritmo para triagem primária de vítimas em massa por paramédicos em um sistema EMS controlado por médicos: um ensaio baseado em manequim. **Revista escandinava de trauma, ressuscitação e medicina de emergência**.v.22,:50,2014.Disponível em:<<https://doi.org/10.1186/s13049-014-0050-6>>.Acesso em:27 nov.2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Guidelines 2013: Transforming and scaling up health professionals' education and training**. Geneva: WHO.2013. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/transforming-and-scaling-up-health-professionals%E2%80%99-education-and-training>>.Acesso em: 12 dez. 2021.

WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Mass casualty management systems: strategies and guidelines for building health sector capacity**. Geneva: WHO. 2007. Disponível

em:<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43804/9789241596053_eng.pdf>.Acesso em: 17 dez. 2020.

WUERZ, R.C, MILNE, L.W et al. Confiabilidade e validade de um novo instrumento de triagem de cinco níveis. *Medicina de emergência acadêmica: **jornal oficial da Society for Academic Emergency Medicine***.V.7 (3):236–42,2000. Disponível em:<<https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2000.tb01066.x>>.Acesso em :27 nov.2022.

WUERZ, R.C, TRAVERS, D et al. Implementação e refinamento do índice de gravidade de emergência. *Medicina de emergência acadêmica: **jornal oficial da Society for Academic Emergency Medicine***. v.8 (2):170–6, 2001.Disponível em:<<https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2001.tb01283.x>>.Acesso em :27 nov. 2022.

APÊNDICE

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Prof^a Dr^a Fernanda Moura D'Almeida Miranda e Prof^a Dr^a Marineli Joaquim Meier e a discente Roseane Márcia de Souza Lima do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR), estou(amos) convidando você, discente da disciplina de Enfermagem em Saúde do Adulto e Idoso do Curso de Graduação em Enfermagem da UFPR e a participar de um estudo intitulado: "AVALIAÇÃO DO DEBRIEFING EM UM CENÁRIO CLÍNICO SIMULADO DE ATENDIMENTO A MÚLTIPLAS VÍTIMAS NO ÂMBITO HOSPITALAR". Esta pesquisa é parte do projeto guarda-chuva intitulado: "Simulação clínica multiprofissional: criação e validação de modelos, cenários e instrumentos de avaliação."

A presente pesquisa se justifica pela importância que o *debriefing* no desenvolvimento do raciocínio clínico e na tomada de decisões assertivas, evidenciadas por meio das escalas de avaliação do *Debriefing* de Almeida *et al.* (2016) e Coutinho; Martins; Pereira (2014) em que comprovam o impacto das discussões reflexivas (*debriefing*) na aprendizagem. Esta etapa da simulação é relevante para avaliar o seu desenvolvimento e contribuir na melhoria da qualidade dos facilitadores e do ambiente do *debriefing*.

a) Os objetivos da pesquisa são: analisar a contribuição do *debriefing* no aprendizado do cenário simulado de atendimento a múltiplas vítimas no âmbito hospitalar, descrever o *debriefing* no cenário simulado de atendimento a múltiplas vítimas no âmbito hospitalar com graduandos de enfermagem, avaliar a experiência do *debriefing* no cenário simulado atendimento a múltiplas vítimas no âmbito hospitalar com graduandos de enfermagem e identificar na avaliação do *debriefing* os valores psicossociais, cognitivos e afetivos no cenário simulado atendimento a múltiplas vítimas no âmbito hospitalar com graduandos de enfermagem.

c) Caso você aceite participar da pesquisa, o desenvolvimento da pesquisa se dará nos laboratórios de Enfermagem, localizados no *Campus* do Jardim Botânico, Avenida Prof. Lothário Meissner, 632; bloco didático II do Setor de Ciências da Saúde, térreo.

d) O tempo total despendido para a realização desta atividade contabilizará 10 a 20 minutos, sendo realizada em um *software* de administração de pesquisas gratuito - *Google forms*.

e) É possível que você experimente algum desconforto ao responder às perguntas propostas, sensações tais como: medo, vergonha, dificuldade da compreensão da dinâmica e constrangimento.

f) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser a exposição do participante ao expressar as suas opiniões, o constrangimento por expor verbalmente sua fala, os participantes serão orientados a não expor nomes ao relatarem alguma informação que possa constranger os colegas.

g) Os benefícios esperados com essa pesquisa são proporcionar um melhor conhecimento sobre a percepção dos estudantes de graduação em Enfermagem diante do *debriefing* do cenário de AMUViH. Os benefícios indiretos serão a melhoria na condução pelos facilitadores do cenário de AMUViH.

h) As pesquisadoras: Prof^a Dr^a Fernanda Moura D'Almeida Miranda e Prof^a Dr^a Marineli Joaquim Meier e a discente Roseane Márcia de Souza Lima do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR), responsáveis por este estudo, poderão ser localizados para esclarecer eventuais dúvidas, antes, durante ou depois de encerrado o estudo, pelos *e-mail* limaroseanemarcia@yahoo.com.br, fernandamiranda@ufpr.br, mmarineli@ufpr.br secretaria da PPGENF no *Campus* Jardim Botânico endereço: Av. Prof. Lothário Meissner 632 Prédio Verde Enfermagem- 3º andar CEP: 80210-170 - Jardim Botânico - Curitiba-PR ou pelo telefone em horário comercial (41) 3361-3759 e (41) 995126444, em Curitiba, das 13:30 às 17h de 2ª a 6ª feira. Para esclarecer eventuais dúvidas que o(a) sr(a) possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo. Em caso de emergência o(a) sr(a) poderá contatar a pesquisadora Roseane Márcia de Souza Lima, neste número, em qualquer horário: (41) 995126444.

h) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.

g) As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis e assegurado o anonimato dos sujeitos da pesquisa, que não serão identificados em nenhum momento, mesmo que os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma. A menos que, requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador, a equipe de estudo, Comitê de Ética independentemente e inspetores de agência regulamentadoras do governo, terão acesso às suas informações fornecidas.

h) Os dados coletados serão para fins da pesquisa e possíveis publicações científicas e quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

i) O material obtido como questionários e escalas de Debriefing serão utilizados unicamente para esta pesquisa e serão destruídos por fragmentação e descartados ao término do estudo, dentro de cinco anos.

k) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas – orientadora, coorientadora e mestranda, sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida a confidencialidade.

() Permito a revelação da minha identidade durante a fase de análise dos dados no decorrer da pesquisa;

() Não permito a revelação da minha identidade durante a fase de análise dos dados no decorrer da pesquisa .

l) Você terá a garantia de que quando os dados e resultados com este estudo forem publicados, não aparecerá seu nome, a menos que seja seu desejo ter sua identidade revelada.

m) As despesas necessárias para a realização da pesquisa, impressos e material de papelaria, não são de responsabilidade das pesquisadoras.

n) Você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação. Entretanto, caso seja necessário seu deslocamento até o local do estudo, os pesquisadores asseguram o ressarcimento dos seus gastos com transporte (Item II.21, e item IV.3, subitem g, Resol. 466/2012).

o) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

p) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo e-mail cometica.saude@ufpr.br e/ou telefone 41 -3360-7259, das 08:30h às 11:00h e das 14:00h às 16:00h. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e o objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim. Eu concordo, voluntariamente, em participar deste estudo.

Curitiba, ____ de _____ de _____.

[assinatura do participante de pesquisa]

Eu declaro ter apresentado o estudo, explicando seus objetivos, natureza, riscos e benefícios e ter respondido da melhor forma possível às questões formuladas.

[assinatura do pesquisador responsável ou quem aplicou o TCLE]

APÊNDICE 2 -TERMO DE SOLICITAÇÃO DE USO DE IMAGEM E SOM DE VOZ PARA PESQUISA

Título do Projeto: “AVALIAÇÃO DO DEBRIEFING EM UM CENÁRIO CLÍNICO SIMULADO DE ATENDIMENTO A MÚLTIPLAS VÍTIMAS NO ÂMBITO HOSPITALAR”.

Os pesquisadores Roseane Márcia de Souza lima e Profª Drª Fernanda Moura D’Almeida Miranda e Profª Drª Marineli Joaquim Meier, principais/responsáveis pelo projeto: “AVALIAÇÃO DO DEBRIEFING EM UM CENÁRIO CLÍNICO SIMULADO DE ATENDIMENTO A MÚLTIPLAS VÍTIMAS NO ÂMBITO HOSPITALAR”, solicitam a utilização de imagem e som de voz para este estudo, com garantia de proteção de identidade. Tenho ciência que a guarda e demais procedimentos de segurança são de inteira responsabilidade dos pesquisadores.

Os pesquisadores comprometem-se, igualmente, a não fazer divulgação dessas informações coletadas somente de forma anônima com proteção de imagem do participante. Este documento foi elaborado em duas (2) vias, uma ficará com o(s) pesquisador(es) e outra com o(a) participante da pesquisa.

Curitiba, ____ de ____ de ____ de ____.

(nome por extenso do pesquisador principal/responsável)

Pesquisador responsável

Autorizo o uso de minha imagem e som de voz exclusivamente para esta pesquisa.

(nome por extenso do participante da pesquisa)

Participante da pesquisa

APÊNDICE 3-QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. Identificação: _____
2. Sexo: 2.1 M () 2.2 F ()
3. Idade: _____
4. Possui formação técnica na área de enfermagem? Em caso afirmativo quanto tempo:
4.1sim 4.2 () não 4.3 () Tempo : _____
5. Possui curso de socorrista? Em caso afirmativo quanto tempo:
5.1sim 5.2 () não 5.3 () Tempo : _____
6. Possui experiência com paciente de urgência e emergência :7.1 sim () 7.2 não ()
7. Já teve experiência com acidente envolvendo múltiplas vítimas 9.1() 9.2 ()

Fonte: Autora, Curitiba, 2022.

ANEXOS

ANEXO 1 - ESCALA DE EXPERIÊNCIA COM *DEBRIEFING* (EED)

Escala de Experiência com o <i>Debriefing</i> Brasil, 2014					
	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo / Nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
Fator 1) Analisando os pensamentos e sentimentos	1	2	3	4	5
1. O debriefing me ajudou a analisar meus pensamentos.					
2. O professor reforçou aspectos do comportamento da equipe de saúde.					
3. O ambiente de debriefing foi fisicamente confortável.					
4. Sentimentos incorretos foram resolvidos por meio do debriefing.					
Fator 2) Aprendendo e fazendo conexões	1	2	3	4	5
5. O debriefing ajudou-me a fazer conexões na minha aprendizagem.					
6. O debriefing foi útil para processar a experiência de simulação.					
7. O debriefing proporcionou-me oportunidades de aprendizagem.					
8. O debriefing ajudou-me a encontrar um significado na simulação.					
9. As minhas dúvidas da simulação foram respondidas pelo debriefing.					
10. Tornei-me mais consciente de mim mesmo durante a sessão de debriefing.					
11. O debriefing ajudou-me a esclarecer problemas.					
12. O debriefing ajudou-me a fazer conexões entre teoria e situações da vida real.					
Fator 3) Habilidade do professor em conduzir o debriefing	1	2	3	4	5
13. O professor permitiu-me tempo suficiente para verbalizar meus sentimentos antes dos comentários.					
14. Na sessão de debriefing o professor fez os esclarecimentos corretos.					
15. O debriefing forneceu um meio para eu refletir sobre minhas ações durante a simulação.					
16. Eu tive tempo suficiente para esclarecer meus questionamentos.					
17. Na sessão de debriefing o professor foi um especialista na temática desenvolvida na simulação.					
Fator 4) Orientação apropriada do professor	1	2	3	4	5
18. O professor ensinou a quantidade certa durante a sessão de debriefing.					
19. O professor realizou uma avaliação construtiva da simulação durante o debriefing.					
20. O professor forneceu orientação adequada durante o debriefing.					

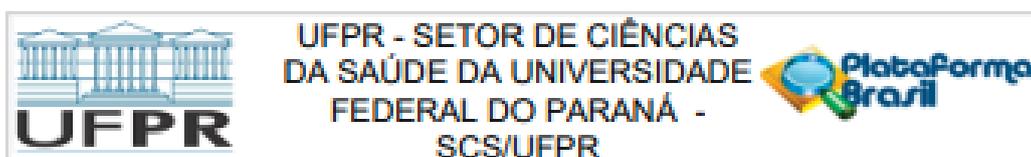
Fonte: Almeida *et al.* (2016).

ANEXO 2 - ESCALA DE AVALIAÇÃO DO *DEBRIEFING* ASSOCIADO A
SIMULAÇÃO (EADAS)

Após o cenário, o <i>Debriefing</i> contribuiu para:		1	2	3	4	5
1	Estruturar o meu pensamento	1	2	3	4	5
2	Me envergonhar frente aos colegas pelos meus erros	1	2	3	4	5
3	Aprender mais	1	2	3	4	5
4	Me focar nos aspetos importantes da atuação	1	2	3	4	5
5	Me deixar muito ansioso/stressado	1	2	3	4	5
6	Refletir sobre as minhas competências	1	2	3	4	5
7	Identificar prioridades na atuação	1	2	3	4	5
8	Melhor identificar os recursos a utilizar na atuação	1	2	3	4	5
9	Me humilhar frente aos outros	1	2	3	4	5
10	Aprofundar conhecimentos específicos relacionados com a atuação	1	2	3	4	5
11	Me deixar em pânico só de pensar em ter de atuar de novo numa situação semelhante	1	2	3	4	5
12	Identificar aspetos que devo melhorar em atuações futuras	1	2	3	4	5
13	Desenvolver competências para a tomada de decisões acertadas	1	2	3	4	5
14	Criar conflitos no grupo	1	2	3	4	5
15	Não querer participar em mais nenhuma simulação	1	2	3	4	5
16	Aumentar a minha auto-confiança	1	2	3	4	5
17	Desenvolver competências de liderança	1	2	3	4	5
18	Eu me sentir incompreendido	1	2	3	4	5
19	Aumentar o potencial de trabalho em equipa	1	2	3	4	5
20	Eu me sentir desrespeitado	1	2	3	4	5
21	Eu me sentir realizado	1	2	3	4	5
22	Reforçar a minha iniciativa em situações futuras	1	2	3	4	5
23	Desenvolver a relação de ajuda	1	2	3	4	5
24	Eu sentir que foi uma perda de tempo	1	2	3	4	5
25	Reforçar a minha autonomia para atuar como futuro enfermeiro	1	2	3	4	5
26	Identificar dificuldades na minha atuação	1	2	3	4	5
27	Promover a auto-consciência (conhecer as próprias emoções)	1	2	3	4	5
28	Eu me sentir no centro do processo formativo	1	2	3	4	5
29	Eu ter medo de atuar no futuro em situações semelhantes	1	2	3	4	5
30	Melhorar a minha capacidade de gerir emoções	1	2	3	4	5
31	Bloquear o meu raciocínio	1	2	3	4	5
32	Eu sentir orgulho por ser capaz de executar muitas intervenções corretamente	1	2	3	4	5
33	Eu sentir que o professor tem interesse genuíno no meu desenvolvimento profissional	1	2	3	4	5
34	Baralhar as minhas ideias a respeito da atuação	1	2	3	4	5

Fonte: Coutinho, Martins, Pereira (2014).

ANEXO 3- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Simulação Clínica Multiprofissional: Criação e Validação de Modelos, Cenários e Instrumentos de Avaliação.

Pesquisador: Jorge Vinicius Cestari Felix

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 51163921.7.0000.0102

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.158.773

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa intitulado "Simulação Clínica Multiprofissional: Criação e Validação de Modelos, Cenários e Instrumentos de Avaliação", sob a coordenação e orientação do Prof. Dr. Jorge Vinicius Cestari Felix, docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, com a participação e colaboração das pesquisadoras Nilton Orlando da Silva, Radamés Boostel, Jéssica de Oliveira Veloso Vilarinho, Roseane Márcia de Sousa Lima, Willians Guilherme dos Santos, Neferti Júlio Mastley, Ana Elizabeth Lopes de Carvalho, Pablo Cordeiro da Silva, Márcia Bucco.

Objetivo da Pesquisa:

O presente projeto de pesquisa tem como objetivo geral "avaliar o impacto e o uso da simulação clínica, em seus diversos modelos, métodos e cenários, no ensino interprofissional e de enfermagem."

Objetivos Específicos

"Propor um modelo metodológico para construção e validação de cenários de simulação à luz da teoria de Jeffries."

"Construir e validar diferentes cenários de simulação clínica interprofissionais.

Construir e validar cenários de simulação clínica de enfermagem."

"Traduzir, adaptar e validar para a língua portuguesa do Brasil o instrumento Creighton

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

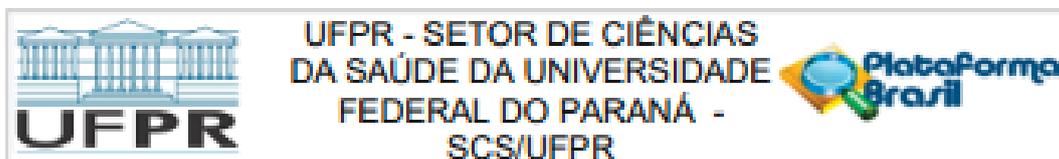
UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 3- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – CONTINUAÇÃO
PÁGINA 02



Continuação do Parecer: S.158.773

Interprofessional Collaborative Evaluation (C-ICE), para avaliação da prática clínica simulada no ensino interprofissional de saúde.”

“Avaliar competências clínicas e não clínicas com o uso de diferentes estratégias de simulação (estação simulada, cenário simulado; simulação in situ e simulação virtual).”

“Avaliar a prática simulada no ensino interprofissional/multiprofissional.”

“Avaliar o efeito da simulação clínica como estratégia de ensino nos aspectos cognitivos, afetivos, emocionais e psicomotores da equipe multiprofissional e de enfermagem com diferentes níveis de formação (técnico e superior).”

“Avaliar competências clínicas em enfermagem com o uso do instrumento Creighton para avaliação de competências clínicas em simulação (CCEI-br) e outros.”

“Avaliar competências clínicas e não clínicas da equipe multiprofissional de saúde com o uso do instrumento Creighton Interprofessional Collaborative Evaluation (C-ICE) para avaliação da prática clínica simulada no ensino interprofissional de saúde.”

“Avaliar a eficácia da simulação aplicando diferentes modelos de debriefing.”

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

“Os indivíduos que aceitarem participar da pesquisa terão como riscos inerentes ou decorrentes da pesquisa, embora mínimos: constrangimento devido à dificuldade de compreensão dos instrumentos e das metodologias de ensino aplicadas; possível quebra de confidencialidade dos dados devido a falhas no processo de codificação dos participantes e desconforto com os cenários ou tempo gasto para responder os instrumentos.”

Os pesquisadores informaram os cuidados e medidas para minimizar os riscos:

“Com relação ao risco de constrangimento devido à dificuldade de compreensão os participantes serão esclarecidos de todos os procedimentos a serem realizados em cada etapa, poderá sanar todas suas dúvidas antes do início ou durante as etapas.”

“Será reforçado que sua desistência na participação da pesquisa não implicará em nenhuma forma prejuízo.”

“Para evitar uma possível quebra de confidencialidade dos dados, a verificação da codificação de cada participante será comprovada por dois membros da pesquisa.”

Benefícios

“O estudo trará como contribuição à construção, criação e validação de cenários e instrumentos de avaliação na área de simulação clínica, voltados ao desenvolvimentos de competências e

Endereço: Rua Padre Camargo, 385 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

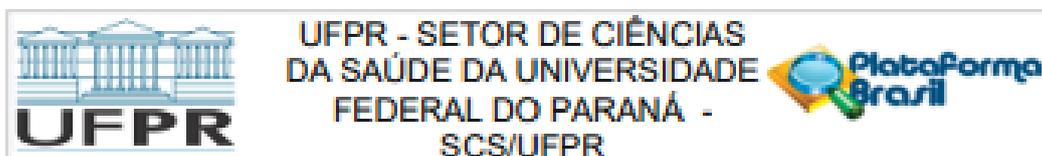
UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41) 3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 3- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – CONTINUAÇÃO
PÁGINA 03



Continuação do Parecer: S-158.773

habilidades técnicas e não técnicas de profissionais de saúde, com vistas a integração e treinamento da equipe multiprofissional.”

“O participante da pesquisa será beneficiado pelo uso de uma estratégia de ensino nova, consolidada como efetiva na literatura para o ensino na área da saúde.”

“Os resultados alcançados proporcionarão benefícios à toda a comunidade acadêmica envolvida no ensino interprofissional em saúde.”

“A realização desta pesquisa implica em potenciais contribuições para a sociedade, beneficiada pela disponibilidade de profissionais qualificados no mercado de trabalho, preparados emocionalmente, psicologicamente e tecnicamente para realizar o atendimento nos diversos níveis de atenção à saúde e com o cuidado centrado no paciente.”

“Destaca-se a possibilidade da condução de pesquisas com instrumentos validados e que poderão vir a ser utilizados de maneira padronizada, viabilizando a geração de conhecimentos e a eventual comparação de resultados de diferentes estudos que os utilizarem.”

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A contextualização do estudo pauta-se na literatura pertinente à temática abordada, apropriada aos objetivos propostos, a ser realizada a partir da aprovação do CEP em 2021 até dezembro de 2026. De acordo com os pesquisadores “o projeto trará avanços sobretudo na área de simulação clínica multiprofissional, como foco na equipe de saúde e na simulação clínica *in situ*, considerando a utilização de cenários de simulação no próprio local de atuação dos profissionais, o que ainda é bastante incipiente na realidade brasileira.”

Os pesquisadores apresentaram as cartas de ciência e concordância da instituição coparticipante e serviços envolvidos conforme segue:

Instituição Coparticipante – Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná e/ou Maternidade Victor Ferreira do Amaral, assinado pelo Prof. Dr. Rosines Pereira de Andrade, Gerente de Ensino e Pesquisa do CHC/UFPR.

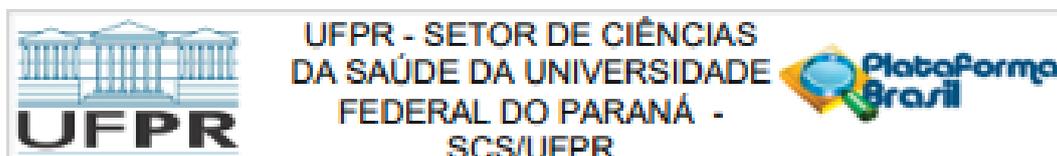
Serviços Envolvidos

Laboratórios de Práticas e Cuidados de Enfermagem (LPCE – DENF/UFPR) – assinado por Luciana Griten, Membro da equipe dos LPCE e a Profa. Dra. Shirley Boller, Suplente da Chefia do Departamento de Enfermagem da UFPR.

Coordenação da Residência Médica (COREME) do CHC/UFPR - assinado pela Profª. Drª. Mônica Maria Gomes da Silva, coordenadora geral da COREME- CHC/UFPR.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-340
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 **E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 3- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – CONTINUAÇÃO
PÁGINA 04



Continuação do Parecer: S.158.773

Divisão de Gestão de Cuidados (DIGEC) do CHC/UFPR – assinado pela Profª. Drª. Elizabeth Bernardino, chefe da DIGEC.

Participantes

"A pesquisa será realizada com indivíduos adultos maiores de 18 anos, estudantes de graduação da área da saúde e profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas)."

Crêterios de Inclusão

"Os crêterios para inclusão dos tradutores participantes das etapas 1, 2 e 3 do processo de tradução e adaptação serão ter amplo conhecimento e domínio da língua portuguesa, e inglês. Apenas 1 tradutor da área da saúde com conhecimento sobre os objetivos da pesquisa, sendo os demais tradutores de áreas afins, sem conhecimento sobre os objetivos da pesquisa."

"Na etapa do pré-teste serão incluídos os profissionais formados na área da saúde, com experiência como professor, instrutor/facilitador com prática no uso da SC e produção científica nessa mesma temática. Sendo ainda necessária anuência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em todas as etapas."

"Para a realização dos cenários serão crêterios de inclusão ser estudante de medicina, enfermagem ou fisioterapia, maior de 18 anos e que já tenham cursado as disciplinas clínicas básicas, com competência para realização de exame físico e atendimento clínico de emergência; ou ser residente médico ou multiprofissional do CHC-UFPR. Se profissional de saúde, ter vínculo de pelo menos 1 ano com a instituição;"

Crêterios de Exclusão

Não estar matriculado. Ser residente na modalidade optativo (visitante), ser residente da saúde da família. Estar de férias ou afastado por qualquer motivo no momento de coleta de dados da pesquisa.

Amostra

A amostra constituída de 134 participantes.

Local

"A pesquisa será realizada nos laboratórios de prática clínica do curso de enfermagem da Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências da Saúde, Av. Prof. Lothario Meissner, 632, Bloco Didático II, Jardim Botânico - CEP: 80210-170. Curitiba-PR."

"A simulação in situ poderá ocorrer tanto no Complexo Hospital de Clínicas quanto em Unidades de Pronto Atendimento (UPAS)."

"Em ambos os casos serão solicitadas autorizações específicas e realizados adendos ao projeto original (guarda-chuva), com os respectivos adendos éticos e submissão aos comitês de ética do

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

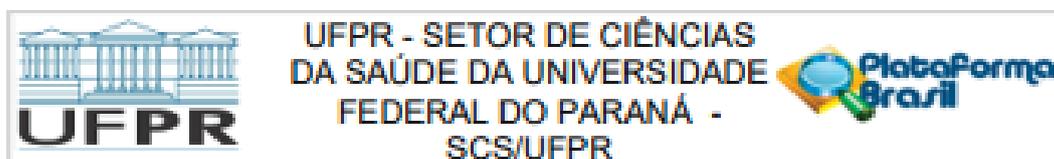
UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41) 3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 3- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – CONTINUAÇÃO
PÁGINA 05



Continuação do Parecer: S.158.773

CHC ou da SESA, conforme o caso.”

“A pesquisa envolvendo a construção e validação de cenários, e a tradução de instrumentos, será desenvolvida a partir do envio de formulários pela internet.”

Plano de Recrutamento

“Para realização dos cenários de simulação, os participantes poderão ser contatados via e-mail ou pessoalmente em seus locais de estudo ou trabalho, conforme o caso.”

“Em relação a tradução do instrumento, os tradutores da primeira etapa serão selecionados intencionalmente, após análise de currículo.”

“O recrutamento dos retrotradutores será por meio de busca simples no banco de dados do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por “Assunto (título ou palavra chave da produção)” com a palavra-chave “Tradução”, com nacionalidade estrangeira “País de nacionalidade:” Estados Unidos. Com “título de idioma” para currículos com proficiência no idioma português. O acesso ao correio eletrônico será por consulta ao currículo lattes.”

“Os integrantes do comitê de especialistas serão convidados entre os membros do Grupo de Estudos Multiprofissional em Saúde do Adulto (GEMSA) e no Centro de Línguas e Interculturalidade (CELIN).”

“Para participar do pré-teste os voluntários serão recrutados de forma intencional via e-mail, por convite em grupos de estudo sobre simulação clínica, e por indicação de outros experts. Obedecendo aos critérios de inclusão.”

Material e Metodologia

Para alcançar os objetivos propostos, serão desenvolvidas pesquisas com abordagens metodológicas diferentes conforme descrito a seguir:

- Modelo metodológico para construção e validação de cenários de simulação

“A elaboração do modelo metodológico para construção e validação de cenários de simulação clínica será realizado em etapas: revisão teórica, elaboração do modelo metodológico, validação do modelo e aplicação do modelo. Todo o desenvolvimento deste estudo será pautado e fundamentado na NLN Jeffries Simulation Theory e seguirá o rigor metodológico, adaptado, da teoria psicométrica de Pasquall.”

- Construção e validação de cenários

“Para a construção e validação de cenários será realizado um estudo do tipo metodológico. Para tanto utilizaremos o referencial metodológico de FABRI (2015) e as recomendações de WAXMAN (2010), que descreve um template ou modelo para a elaboração e validação de cenários em simulação clínica.”

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

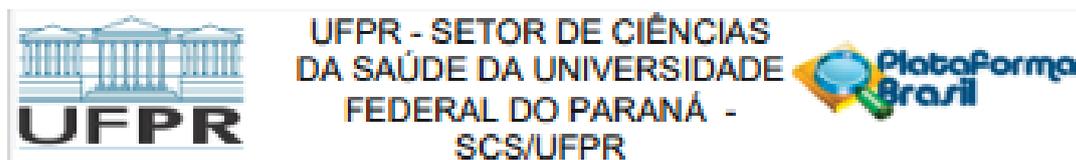
UF: PR

Município: CURITIBA

Telefons: (41) 3360-7258

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 3- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – CONTINUAÇÃO
PÁGINA 06



Continuação do Parecer: S.158.773

- Tradução de validação de instrumentos

"O desenvolvimento da tradução, adaptação e validação para a língua portuguesa do Brasil do instrumento Creighton Interprofessional Collaborative Evaluation (C-ICE) para avaliação da prática clínica simulada no ensino interprofissional de saúde, seguirá o método de Beaton et al. (2007)."

- Avaliação de competências, e efeitos do uso da simulação clínica como estratégia de ensino.

"Para alcançar os objetivos relacionados à avaliação de competências clínicas e não clínicas, avaliar o efeito da simulação como estratégia de ensino nos aspectos cognitivos, afetivos, emocionais e psicomotores dos estudantes e profissionais de saúde, e avaliar a eficácia da simulação aplicando diferentes modelos de debriefing, será realizada uma pesquisa com abordagem quantitativa, do tipo descritiva."

"Serão convidados para participar da pesquisa, estudantes de graduação dos cursos da área da saúde (enfermagem, medicina e fisioterapia), e residentes multiprofissionais matriculados no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (GHC-UFPR)."

Instrumentos de avaliação

Os pesquisadores descrevem os instrumentos de avaliação que serão utilizados no estudo como segue.

- Avaliação da ansiedade

"Os participantes dos cenários de simulação, sejam eles estudantes ou profissionais, serão avaliados quanto à ansiedade antes, e após a SC, no intuito de compreender o efeito do método aplicado."

Instrumento - "Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)" de Spilberger."

- Avaliação da simulação

A simulação será avaliada quanto ao seu desenho e importância de cada momento do cenário para o participante.

Instrumento – "Escala do Design da Simulação traduzida e validada por Almeida (ALMEIDA et al., 2015)"

- Avaliação da satisfação e autoconfiança

Instrumento – "Escala de Satisfação de Estudantes e Autoconfiança na Aprendizagem" traduzida e validada por Almeida (ALMEIDA et al., 2015)

- Avaliação de competências

Para Avaliação da Competência Clínica, serão utilizados três instrumentos.

Instrumento – "Lasater Clinical Judgment Rubric - Brazilian Version (LCJR)",

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

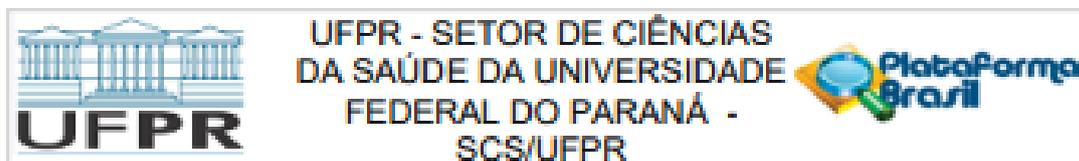
UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3380-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 3- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – CONTINUAÇÃO
PÁGINA 07



Continuação do Parecer: S.158.773

"Instrumento Creighton para Avaliação de Competências Clínicas (CCEI-Br)" e "Questionário de Competências Clínicas (QCC)."

- Avaliação do Debriefing

Para a avaliação do debriefing serão utilizadas duas escalas.

Instrumento – "Escala de Avaliação do Debriefing" e "Escala de Experiência com o Debriefing."

Metodologia de Análise de dados:

"Análise por estatística descritiva e a análise teórica será realizada com um comitê de juizes, que analisam a semântica e pertinência dos itens."

"A validade de construto será definida pelo Coeficiente de Correlação Intraclass (ICC), coeficiente Kappa e Alfa Cronbach (PASQUALI, 2013)."

"Para análise dos dados será utilizado consultoria estatística com parceria estabelecida no Departamento de Estatística da UFPR."

"Os discursos serão analisados com a técnica da análise de conteúdo de Bardin (1977), que consiste em uma estratégia para análises qualitativas de discursos, que ocorre em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados."

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto apresenta todos os termos e documentos requeridos para a realização do estudo.

Recomendações:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os pesquisadores apresentaram os ajustes solicitados em relação a especificação dos critérios de inclusão e exclusão, plano de recrutamento, esclarecimentos e adequação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O projeto cumpre os requisitos necessários para sua realização.

Favor inserir em seu TCLE e TALEo número do CAAE e o número deste Parecer de aprovação, para que possa aplicar aos participantes de sua pesquisa, conforme decisão da Coordenação de

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

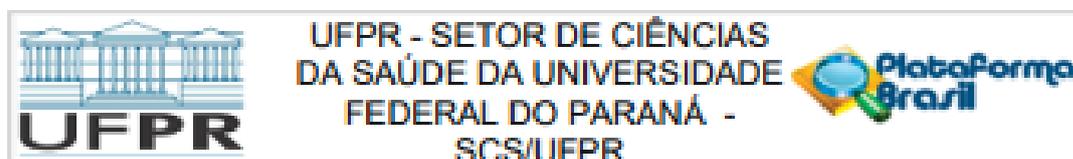
CEP: 80.060-240

UF: PR Município: CURITIBA

Telefone: (41) 3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 3- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – CONTINUAÇÃO
PÁGINA 08



Continuação do Parecer: S-158.773

CEP/SD de 13 de julho de 2020.

Após o isolamento, retornaremos à obrigatoriedade do carimbo e assinatura nos termos para novos projetos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais(a cada seis meses de seu parecer de aprovado) e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br (obrigatório envio).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1741454.pdf	06/12/2021 21:51:49		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PRONAC_APOS_REC_CEP_04.docx	06/12/2021 21:49:48	NILTON ORLANDO DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PRONAC_APOS_RECOMENDAC_CEP_02.docx	29/11/2021 14:53:26	NILTON ORLANDO DA SILVA	Aceito
Outros	CARTA_DE_ESCLARECIMENTO.docx	05/11/2021 16:16:32	NILTON ORLANDO DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_DetalhadoAposParecerCEP.docx	05/11/2021 16:13:29	NILTON ORLANDO DA SILVA	Aceito
Outros	Concordancia_Lab_Simulacao.pdf	24/08/2021 16:09:14	NILTON ORLANDO DA SILVA	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

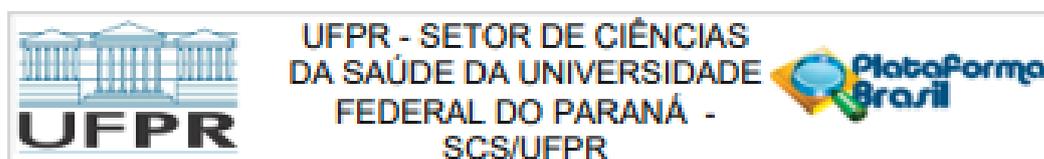
CEP: 80.060-240

UF: PR Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 3- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – CONTINUAÇÃO
PÁGINA 09



Continuação do Parecer: S.158.773

Outros	concordanciaDIGEC.pdf	20/08/2021 10:45:01	NILTON ORLANDO DA SILVA	Aceito
Outros	concordanciaDADT.pdf	20/08/2021 10:42:25	NILTON ORLANDO DA SILVA	Aceito
Outros	DeclaracaoDeCompromissoAss.pdf	20/08/2021 10:39:45	NILTON ORLANDO DA SILVA	Aceito
Outros	DeclaracaoInstituicaoCooperante.pdf	20/08/2021 10:37:27	NILTON ORLANDO DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_C_Especialistas.docx	20/08/2021 10:27:37	NILTON ORLANDO DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Retrotradutores.docx	20/08/2021 10:27:15	NILTON ORLANDO DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Tradutores.docx	20/08/2021 10:26:38	NILTON ORLANDO DA SILVA	Aceito
Outros	Conc_das_Unidades_Envolvidas.pdf	05/08/2021 14:29:23	NILTON ORLANDO DA SILVA	Aceito
Outros	Termo_UsodeImagem.docx	05/08/2021 14:27:41	NILTON ORLANDO DA SILVA	Aceito
Outros	Check_List.pdf	05/08/2021 14:24:30	NILTON ORLANDO DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ModeloMetodologico_JESSICA.docx	05/08/2021 11:45:54	NILTON ORLANDO DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_DEBRIEFING.docx	05/08/2021 11:45:45	NILTON ORLANDO DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_FroncaoWIII.docx	05/08/2021 11:45:36	NILTON ORLANDO DA SILVA	Aceito
Outros	Carta_ComitedeEtica.pdf	05/08/2021 11:23:41	NILTON ORLANDO DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_DetalhadoSimulaMulti.docx	03/08/2021 13:23:55	NILTON ORLANDO DA SILVA	Aceito
Outros	ausenciadecustosCHC.pdf	03/08/2021 10:03:16	NILTON ORLANDO DA SILVA	Aceito
Outros	Ata_PlenariaExtraordinariaDoDepartamentoDeEnfermagem.pdf	03/08/2021 10:00:59	NILTON ORLANDO DA SILVA	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

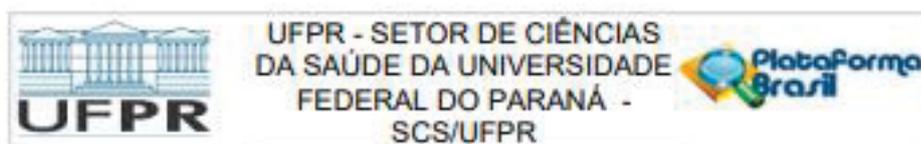
UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7299

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 3- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – CONTINUAÇÃO
PÁGINA 10



Continuação do Parecer: 5.158.773

Doutos	Ata_ComiteSetorialdePesquisa.pdf	03/08/2021 09:58:01	NILTON ORLANDO DA SILVA	Aceito
Doutos	declaraResponsabilidade.pdf	03/08/2021 09:43:08	NILTON ORLANDO DA SILVA	Aceito
Doutos	Analisedemerito.pdf	03/08/2021 09:40:18	NILTON ORLANDO DA SILVA	Aceito
Doutos	concordanciaCOREME.pdf	03/08/2021 09:26:51	NILTON ORLANDO DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	04/05/2021 16:02:54	NILTON ORLANDO DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 10 de Dezembro de 2021

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Pedro Camargo, 285 - 1º andar
Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-240
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 E-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 4 – ROTEIRO DE ATENDIMENTO A MÚLTIPLAS NO ÂMBITO HOSPITALAR

Criado a partir do ROTEIRO TEÓRICO-PRÁTICO PARA ATIVIDADE
SIMULADA (FABRI, 2017)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
ENFERMAGEM EM SAÚDE DO ADULTO E IDOSO – MN135

ROTEIRO SIMULAÇÃO AMUVI	
Tema proposto	Atendimento a múltiplas vítimas (AMUVI)
Público-alvo	Estudantes do curso de graduação em enfermagem
Conhecimento prévio	Anatomia e fisiologia humana; Classificação de risco; Transporte de pacientes intra-hospitalar; Segurança do paciente; Farmacologia (indicações/contra indicações/mecanismo de ação dos fármacos); Fundamentos de enfermagem; Protocolo de SBV e SAV; Atendimento de emergência; Cuidados de enfermagem com pacientes com doenças crônicas; Cuidados de enfermagem em urgência e emergência.
Objetivos de aprendizagem	
<u>Objetivo Geral:</u> <ul style="list-style-type: none"> ● Vivenciar o atendimento à acidentes com múltiplas vítimas 	
Descrição	
<p>O Brasil pode ter risco baixo de desastres naturais como furacões e terremotos. Mas certamente não está livre de desastres e situações de calamidade. É, portanto, fundamental que você, e seu hospital, estejam preparados para atender catástrofes e situações com múltiplas vítimas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Brumadinho (2019), mais de 200 mortos 	

- Mariana (2015), 19 mortos
- Incêndio na Boate Kiss (2013), 242 mortos
- Queda do voo da TAM (SP, 2007), 182 mortos
- Desabamento de prédio (SP, 2018), 9 mortos
- Deslizamentos de terra no Vale do Itajaí (SC, 2008), 135 mortos
- Deslizamentos na Região Serrana do RJ (2010), 506 mortos.

Em todos estes casos, o número de feridos e vítimas que buscaram atendimento médico de emergência foi bem superior ao número de mortos. E, dentro desse contexto, existem ainda acidentes em vias públicas e outras situações mais recorrentes que demandam um atendimento urgente a um número maior do que o esperado pelas instituições.

O atendimento a acidentes com múltiplas vítimas é um desafio no qual os serviços de atendimentos pré-hospitalares e os hospitais se deparam com frequência. Diariamente temos em nosso país acidentes dos mais variados tipos com número de vítimas superior a cinco. Diante dessas situações ocorre uma incapacidade dos serviços de lidarem com esse problema, havendo, desta forma, necessidade de se estar preparado e treinado para atender esses acidentes.

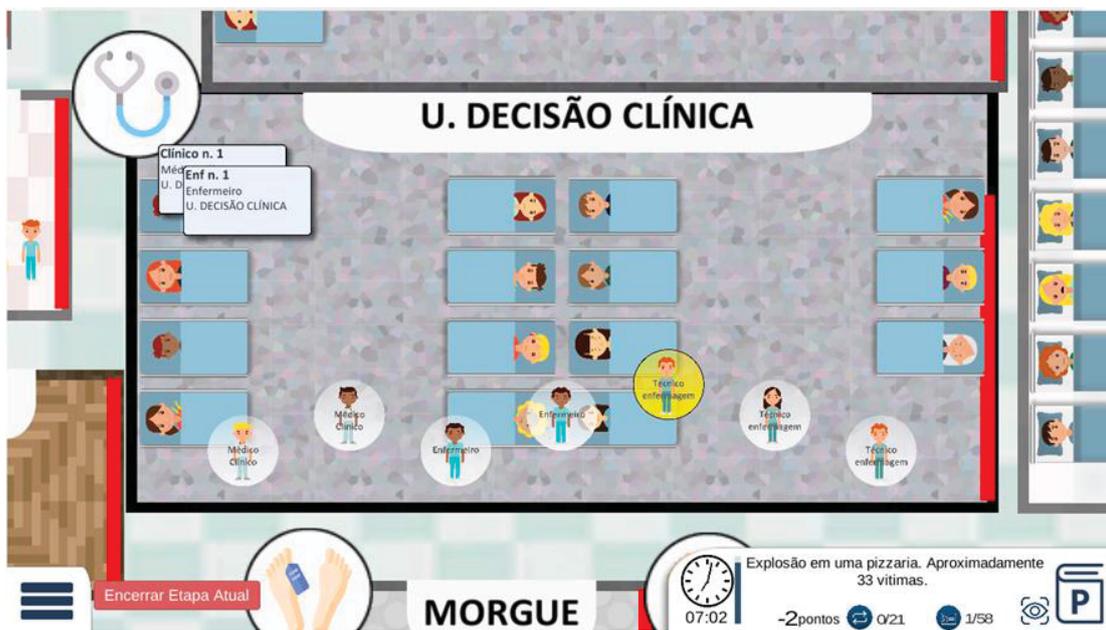
O conceito do melhor esforço, ou seja, o melhor atendimento para a vítima mais grave deve dar lugar ao conceito de o melhor atendimento para o maior número possível de vítimas, no momento que elas mais precisam e no menor tempo possível.

Assim 3 princípios básicos no atendimento dessas situações são fundamentais: **triagem, tratamento e transporte**. Para que estes três princípios básicos sejam plenamente atendidos é necessário que haja **comando, comunicação e controle**, que são pontos capitais, indispensáveis para o sucesso do atendimento.

É preciso que haja um comandante da área no local, junto a um **Posto de Comando**, identificável por todos e que todos obedeçam às suas ordens e orientações; um coordenador MÉDICO e um coordenador operacional ENFERMEIRO para as atividades de salvamento, todos trabalhando conjuntamente. É necessário que haja comunicação entre as equipes de atendimento, bem como comunicação com a central de operações (Central de Regulação de Leitões).

Congelar a área mediante o controle total do local do acidente é o primeiro objetivo do comandante da área. Este objetivo visa limitar a extensão do acidente, organizar ações e medidas efetivas de segurança, proteção e atendimento pré-hospitalar a todas as vítimas envolvidas, no menor tempo possível.

A função de comando tem por objetivo evitar três grandes transtornos: ● Ocorrência de novos acidentes; ● Tratamento e transporte inadequado das vítimas aos hospitais e ● Que o caos local seja transferido ao hospital mais próximo.



DIVISÃO DOS GRUPOS:

ESTAÇÃO 1	LABORATÓRIO 1	UTI GERAL	4 ESTUDANTES - GRUPO A	2 PACIENTES
ESTAÇÃO 2	LABORATÓRIO 2	UTI CARDIOLÓGICA	4 ESTUDANTES -	2 PACIENTES

			GRUPO B	
ESTAÇÃO 3	LABORATÓRIO 3	UNIDADE MÉDIO RISCO	4 ESTUDANTES - GRUPO C	2 PACIENTES
ESTAÇÃO 4	LABORATÓRIO 4	ENFERMARIA	10 ESTUDANTES - GRUPO D	4 PACIENTES
ESTAÇÃO 1 E 2	LABORATÓRIO 1 LABORATÓRIO 2	SUPERVISÃO UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA	2 ESTUDANTES - GRUPO E	
ESTAÇÃO 3 E 4	LABORATÓRIO 3 LABORATÓRIO 4	SUPERVISÃO ENFERMARIA E UNIDADE MÉDIO RISCO	2 ESTUDANTES - GRUPO E	
ESTAÇÃO 5	HALL DO BLOCO	CENTRAL DE REGULAÇÃO DE LEITOS	1 ESTUDANTE - GRUPO F	
ESTAÇÃO 6	HALL DO BLOCO	SAMU	4 ESTUDANTES - GRUPO G	
ESTAÇÃO 7	HALL DO BLOCO	COMUNICAÇÃO DE MÁ NOTÍCIA	2 ESTUDANTES - GRUPO H	

*****UM PROFESSOR COM A FUNÇÃO DE COMANDO.**

A) Organização para Gestão Hospitalar em Situação com Múltiplas Vítimas

1. Registros/Papéis
2. Cadeia de Comando
3. Gabinete de Crise
4. Hierarquia
5. Hierarquia Colapsada
6. Sistemas de Comunicação

B) Triagem nas Situações com múltiplas vítimas – START (simples triagem e rápido tratamento)

START se baseia na avaliação da respiração, circulação e nível de consciência, dividindo as vítimas em quatro prioridades e utiliza cartões coloridos para definir cada uma das prioridades. A Prioridade de Atendimento às Vítimas obedece a seguinte ordem:

1. **Cartão Vermelho:** Vítimas que apresentam risco imediato de vida; apresentam respiração somente após manobras de abertura de vias aéreas ou a respiração está maior que 30 movimentos respiratórios por minuto; necessitam de algum tratamento médico antes de um transporte rápido ao hospital; necessitam ser transportadas rapidamente ao hospital para cirurgia.

2. **Cartão Amarelo:** Vítimas que não apresentam risco de vida imediato; necessitam de algum tipo de tratamento no local enquanto aguardam transporte ao hospital.
3. **Cartão Verde:** Vítimas com capacidade para andar; não necessitam de tratamento médico ou transporte imediato, possuem lesões sem risco de vida.
4. **Prioridade Preto:** Vítimas em óbito ou que não tenham chance de sobreviver; não respiram, mesmo após manobras simples de abertura da via aérea.

PRETO /CINZA	VERMELHO	AMARELO	VERDE
MORTO /INVIÁVEL INDICA QUE A VÍTIMA ESTÁ MORTA	ATENDIMENTO IMEDIATO RISCO DE MORTE	PACIENTE COM FRATURAS EXPOSTAS RISCO MODERADO	PACIENTE COM RISCO LEVE
<ul style="list-style-type: none"> • NÃO DEAMBULA • NÃO RESPONDE CHAMADO /COMANDO • NÃO RESPIRA 	<ul style="list-style-type: none"> • NÃO DEAMBULA • RESPIRA COM DIFICULDADE • TAQUIPNEIA (FR> 30) • ENCHIMENTO CAPILAR > 2 SEGUNDOS 	<ul style="list-style-type: none"> • NÃO DEAMBULA • RESPIRAÇÃO PRESENTE • FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA <30 • ENCHIMENTO CAPILAR <2 SEGUNDOS • CONSEGUE REALIZAR ORDENS SIMPLES 	<ul style="list-style-type: none"> • DEAMBULA • RESPIRAÇÃO PRESENTE • ENCHIMENTO CAPILAR < 2 SEGUNDOS • LEVES ESCORRIÇÕES

C) CENTRAL DE REGULAÇÃO DE LEITOS

A Central de Regulação de Leitos Hospitalares tem a tarefa de gerenciar a ocupação dos leitos de acordo com a necessidade do paciente, definida pelos médicos das Unidades de Saúde, CAPS e UPAs. As vítimas de trauma, normalmente resultado de acidentes de trânsito, acidentes de trabalho, quedas ou violências, devem procurar diretamente os Prontos-socorros do Hospital do Trabalhador, Hospital Evangélico ou Hospital Cajuru.

Já os pacientes com sintomas sugestivos de infarto agudo do miocárdio (aperto no peito, sudorese) e acidente vascular cerebral (paralisação de braço ou perna, dificuldade para falar ou desvio da boca) devem procurar, primeiramente, as UPAs. Caso haja necessidade, serão encaminhados para os Hospitais de referência, por meio da Central de Regulação de Leitos.

E os pacientes em crise psiquiátrica ou drogadição (abstinência e/ou uso abusivo de álcool e drogas) devem procurar prioritariamente os CAPS ou, em caso de apresentar sintomas clínicos associados, a UPA, que encaminhará para os Hospitais de referência, também via Central de Leitos. (FONTE: Atenção Hospitalar. Curitiba. Disponível em: <https://saude.curitiba.pr.gov.br/atencao-especializada.html>. Acesso em: 27/07/2022).

D) SAMU

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido alguma situação de urgência ou emergência que possa levar a sofrimento, a sequelas ou mesmo à morte. São situações urgentes de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras.

O atendimento do SAMU 192 começa a partir do chamado telefônico, quando são prestadas orientações sobre as primeiras ações. A ligação é gratuita, para telefones fixo e móvel. Os técnicos do atendimento telefônico que identificam a emergência e coletam as primeiras informações sobre as vítimas e sua localização.

Em seguida, as chamadas são remetidas ao Médico Regulador, que presta orientações de socorro às vítimas e aciona as ambulâncias quando necessário. As ambulâncias do SAMU 192 são distribuídas estrategicamente, de modo a otimizar o tempo-resposta entre os chamados da população e o encaminhamento aos serviços hospitalares de referência.

A prioridade é prestar o atendimento à vítima no menor tempo possível, inclusive com o envio de médicos e enfermeiros conforme a gravidade do caso. As unidades móveis podem ser ambulâncias, Motolância, ambulâncias ou aero médicos, conforme a disponibilidade e necessidade de cada situação, sempre no intuito de garantir a maior abrangência possível.

(FONTE: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/samu-192>. Acesso em: 27/07/2022.)

E) Gestão de Cadáveres em Situações com Múltiplas Vítimas

1. Identificação dos mortos
3. Autoridade
4. Logística da recuperação do cadáver
5. Local de luto
6. **Comunicação de más notícias**

Estações

- (1) LABORATÓRIOS - 1 - UTI GERAL ; 2 - UTI CARDIOLÓGICA ; 3 - UNIDADE MÉDIO RISCO ;4- ENFERMARIA/ SUPERVISÃO ENFERMARIA E UNIDADE MÉDIO RISCO/ SUPERVISÃO UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA
- (2) HALL DO BLOCO - CENTRAL DE REGULAÇÃO DE LEITOS
- (3) HALL DO BLOCO - SIATE/SAMU
- (4) HALL DO BLOCO - Gestão de Cadáveres em Situações com Múltiplas Vítimas/ **Comunicação de Más Notícias**

Cronograma

Hora	Grupos A-B-C-D-E-F-G-H
7:30-8:30	
	ESTAÇÃO 1 – LABORATÓRIOS
	ESTAÇÃO 2 - CENTRAL DE REGULAÇÃO DE LEITOS
	ESTAÇÃO 3 - SIATE/SAMU
	ESTAÇÃO 4 - Gestão de Cadáveres em Situações com Múltiplas Vítimas
9:00-11:30	Debriefing

ESTAÇÃO 1				LABORATÓRIO - UNIDADE MÉDIO RISCO	
Duração do cenário	2 hora e 15 minutos	<i>Pré-briefing</i>	1 hora		
		Reconhecimento do cenário	5 min		
		Execução da simulação	1 hora e 10 min		
Fidelidade do cenário	<input type="checkbox"/> Baixa <input type="checkbox"/> Média <input checked="" type="checkbox"/> Alta				
Modalidade de simulação	<input checked="" type="checkbox"/> Simulação clínica com uso de simulador <input checked="" type="checkbox"/> Simulação clínica com uso de paciente padronizado				
Nº de Participantes	4 ESTUDANTES (4 ENFERMEIROS E 1 SUPERVISOR O MESMO DA ENFERMARIA)				
Nº de observadores	PROFESSOR				
Local	Laboratório				
Descrição do ambiente					
<p><u>Unidade Semi-intensiva:</u> com cama hospitalar, quadro de gases (oxigênio, gás comprimido e vácuo), identificação de leito do paciente, mesa de cabeceira, lixeira para resíduo (infectante, comum e reciclado); caixa de perfurocortante, suporte de soro; bomba infusora; escadinha, monitorização cardio pressórica e oximetria de pulso contínuos.</p> <p><u>Posto de enfermagem:</u> com bancada para preparo do medicamento, insumos e equipamentos de medicação e de sinais vitais, carrinho de emergência, cardioversor e telefone.</p> <p><u>Simuladores:</u></p> <p>1- Média fidelidade, paciente João Paulo Moraes (62 anos), sexo masculino, vestido com camisola hospitalar, com O2 nevoa úmida, pulseira de identificação, acesso venoso periférico MSE com infusão de solução em curso, SVD com diurese presente de aspecto normal 600 ml, curativo oclusivo em MIE (coxa), com monitorização multiparamétricos.</p> <p>2 - Média fidelidade, paciente Josefa (82 anos), sexo feminino, vestido com camisola hospitalar, acesso venoso periférico MSD com solução em curso, SVD com diurese presente de aspecto concentrado 100 ml.</p> <p><u>Computador/Laptop/celular/ projetor:</u> para projeção de fogo e fumaça</p> <p>Caixa de som: para som de explosão e fogo</p>					
Imagens do cenário					
Recursos humanos para condução do cenário					
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 professor/ residente será o ator 1* (médico); ✓ atores 2,3,4,5 pacientes (ou simuladores) ✓ 2 atores acompanhantes 					

- ✓ 4 estudantes serão os enfermeiros
- ✓ facilitadores do cenário e aplicador do *debriefing* (professor);
- ✓ apoio da simulação (enfermeiras do lab).

Recursos materiais		
Material	Quant.	Observação
Identificação do leito	2	
Simulador de média fidelidade	2	(1)Paciente João Paulo Moraes (62 anos), vestido com camisola hospitalar, pulseira de identificação, acesso venoso periférico MSE salinizado, SVD com diurese presente de aspecto normal 600 ml, curativo oclusivo em MIE (coxa), sem monitorização (2) Paciente JOSEFA (82 anos), vestido com camisola hospitalar, acesso venoso periférico MSD com solução em curso, SVD com diurese presente de aspecto concentrado 100 ml.
Estetoscópio	3	
Esfigmomanômetro	3	
Torpedo de oxigênio	4	
Ambu completo	3	
Maca	4	Ou tábua de transporte
Umidificador	4	
Extensão de silicone	4	
Névoa úmida completa	1	
Monitores	4	(quando tivermos)
gazes	8	Pacotes
DEA	1	
Tubo orotraqueal com balonete	1	Para o simulador
Concentrador de oxigênio	4	
Seringas 10ml	10	
Seringa de 20 ml	6	Para insuflar o cuff do tot
Cuba rim	1	Papel sujo de sangue (cor de rosa)
agulha	10	Para aspiração
Sonda de aspiração n.10	6	
Bandeja inox	1	
Aspirador portátil	1	
Adrenalina 1mg	6	diluídas

Lençol	4	
Cadeira de rodas	2	Para transporte
Suporte de soro	3	
Moulage		
Documentação		
PASSAGEM DE PLANTÃO - TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES EM DECORRÊNCIA DE INCIDENTE NO AMBIENTE HOSPITALAR (Apêndice 1)		
Informações para os participantes		
Tem dois pacientes internados no Hospital Jardim Botânico e é horário de visita. A equipe de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) está cuidando dos pacientes e atendendo os familiares a fim de darem informações sobre o internamento e o tratamento dos pacientes.		
Reconhecimento do ambiente		
<p>Verificar o carrinho de emergência (itens de emergência)</p> <p>Posto de enfermagem</p> <p>Verificar medicações disponíveis</p> <p>Verificar dispositivos de saúde instalados no paciente (simulador)</p> <p>Recursos para transporte dos pacientes.</p>		
Roteiro da simulação		
5 minutos de cuidado aos pacientes e para darem informações aos familiares. No 5º minuto ouvem um barulho de explosão com surgimento de fogo e fumaça (vídeo e som). Em seguida, surge um alerta no alto falante do hospital referindo alerta, e que todos os profissionais preparem os pacientes para fazer evacuação da área. Os pacientes deverão ser transferidos para o local frio (espaço externo ao hospital), utilizando cadeira de rodas, tábua de imobilização e macas. Os visitantes também devem ser orientados a sair. Após, devem prestar atendimento para os pacientes e familiares conforme descrito em cada cenário.		
Habilidades específicas (procedimentos / manobras) esperadas:		
<p>Os participantes devem:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Colocar luvas; ● Entrar na enfermaria (cenário) ● Apresentar-se ao paciente ● avaliar as condições dos pacientes; ● orientar os visitantes; ● preparar os pacientes para transportá-los para fora do hospital ● providenciar maca, tábua de imobilização, cadeira de rodas; ● manter o suporte para o transporte (oxigênio e medidas de segurança) ● iniciar o transporte do paciente com segurança ● pedir ajuda para o transporte 		

- organizar a ordem de prioridade;
- organizar as atividades atribuíveis aos membros do grupo.
- Levar carrinho de emergência;
- Ter certeza que há um local preparado para receber os pacientes
- Saber quais condições estão as vias que levam até o exterior do hospital
- Dar segurança ao paciente no transporte

APÓS O TRANSPORTE

(1) Paciente João Paulo Moraes (PCR)

O familiar do paciente começa a gritar dizendo que o sr. João Paulo Moraes, parou de responder parece que desmaiou. **Verificar a placa de instrução com dados vitais compatíveis com PCR (verificação manual).**

Os participantes devem:

- Realizar divisão de responsabilidades (coordenador e membros da equipe) usando comunicação em alça fechada
- Identificar a PCR em menos de 10 seg. e chamar por ajuda;
- Providenciar o carrinho de emergência com o desfibrilador;
- Posicionar o paciente adequadamente no chão;
- Providenciar a oferta de oxigênio;
- Realizar as massagens de maneira adequada (de 100 a 120/min, permitir a expansão total do tórax, profundidade de no mínimo 5cm, uso de escada);
- Realizar ventilações a cada 6 segundos não precisa sincronizar com as massagens.
- Verificar pulsação (artéria carótidas ou radial) a cada 2 minutos;
- Relatar a possibilidade de uso do desfibrilador/cardioversor.
- Dar suporte ao familiar, que está desesperado no cenário.
 - Após 10 minutos de reanimação efetiva (todos os participantes devem ter passado pelo menos por dois ciclos de massagem), o paciente retorna gemente com dados vitais FC 60 bpm, FR 10 irpm PA sem condições de aferição.
 - Após 10 minutos de reanimação inadequada, encerra-se a simulação, com paciente em PCR.
- Realizar (ou referir) os cuidados pós retorno da circulação espontânea:
- Manter oxigenação por cateter;
- Não administrar medicação (não haverá indicação de nenhuma das medicações prescritas)
- Aferir SSVV
- Contato com atendimento de emergência (médico e Central de Regulação de Leitos para transferência imediata)
- Levantar a cabeça do paciente após o retorno;
- Controlar glicemia.
- Manter atenção para a recorrência de PCR e a necessidade de reiniciar RCP.
- Passar o caso à equipe do SAMU na transferência.

(2) JOSEFA (82 anos) (AVE) - ATRIZ PARA REPRESENTAR A MARIA

Após o transporte sua acompanhante se depara com a paciente apresentando “fala enrolada”, déficit motor e o olho direito está mais aberto que o esquerdo. Está com dor de cabeça, gemente. Observa-se presença de desvio de rima.

Os participantes devem:

- Higienizar as mãos
- Realizar divisão de responsabilidades (coordenador e membros da equipe) usando comunicação em alça fechada
- Identificar o paciente certo (pulseira e identificação parede)
- Apresentar-se ao paciente
- Realizar exame físico focado e anamnese
- Aplicar a Escala NIHSS
- Explicar ao paciente e à acompanhante sobre o que pode estar acontecendo
- Encaminhar o caso para transferência imediata para a UPA

Fluxograma de tomada de decisão

Avaliação

Observação do atendimento e encaminhamento dos casos.

Material complementar

Vídeos e protocolo disponíveis na página Simula Amuvi e atividades anteriores da Simulação no Prontuário Eletrônico Simulado www.simulaenfufpr.blogspot.com

Referências

AME. Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem. 9ª ed. Elsevier, 2013.

American Heart Association. (2020). Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2020 para RCP e ACE. Disponível em: https://cpr.heart.org/-/media/cpr-files/cpr-guidelines-files/highlights/hghlghts_2020eccguidelines_portuguese.pdf. Acessado em: 07/11/2021

Brasil, Ministério da Saúde, & Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – Suporte Avançado de Vida. 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

Classificação das intervenções de enfermagem (NIC) / editores Howard K. Butcher ... [et al.] ; tradução Vilma Ribeiro de Souza Varga, Denise Costa Rodrigues. – 7. ed. – Rio de Janeiro : GEN | Grupo Editorial Nacional S.A. Publicado pelo selo Editora Guanabara Koogan Ltda., 2020.

Classificação dos resultados de enfermagem NOC : mensuração dos resultados em saúde / editores Sue Moorhead ... [et al.] ; tradução Maria Inês Corrêa Nascimento. – 6. ed. – Rio de Janeiro : GEN | Grupo Editorial Nacional S.A. Publicado pelo selo Editora Guanabara Koogan Ltda., 2020.

Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020 [recurso eletrônico] / [NANDA International]; tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros... [et al.]. – 11. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2018.

Fernandes, A. P., Vancini, C. R., Cohrs, F., & Moreira, R. S. L. (2010). Qualidade das anotações de enfermagem relacionadas à ressuscitação cardiopulmonar comparadas ao modelo Utstein. *Acta Paul. Enferm.*, 23(6), 757–63. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n6/07.pdf>.

Schell, H. M., & Puntillo, K. A. (2005). Segredos em enfermagem na terapia intensiva. Porto Alegre: Artmed. Capítulos: 2; 3; 14; 15; 16; 19; 22; 29; 30; 37; 41; 57; 63.

ROTEIRO DA SIMULAÇÃO LABORATÓRIO / UNIDADE DE MÉDIO RISCO - DOCENTE

(1) Paciente João Paulo Moraes (PCR)

Relação comportamento do participante e dos simuladores	
Participante	Simuladores
Pergunta ao familiar o que aconteceu	Familiar responde que o paciente estava deitado e de repente deu uma gemida e desmaiou e ficou pálido e não respondeu aos chamados
Pede para o familiar se retirar	O familiar não se retira e continua gritando e perguntando o que aconteceu com o seu pai.
Pede para lhe acompanhar e/ou explica o que está acontecendo	O familiar continua chorando, mas acompanha o participante e/ou se acalma
Ligam para o médico	O médico responde que mantenha o SBV até sua chegada.
Perguntam para o médico se podem fazer alguma medicação	O médico responde que mantenha o SBV até sua chegada.
Não identificaram a PCR em 1 minuto	O facilitador indica que o paciente está em PCR
Não instalam O2 com reservatório no ambu	O facilitador indica que paciente está cianótico
Não trouxeram o carrinho de emergência	O facilitador indica que algo imprescindível está faltando, mas não refere o que é.

Não chamaram ajuda em 2 minutos	O familiar grita pelo médico e diz que eles têm de chamar o médico.
Não solicitar a CRL a transferência imediata da paciente	O facilitador fala: seguir protocolo

(2) JOSEFA (82 anos) (AVC)

Relação comportamento do participante e dos simuladores	
Participante	Simuladores
Não higienizam as mãos	O facilitador fala: “o ambiente de saúde não está seguro”
Não se identificam a paciente	O facilitador fala: “o ambiente de saúde não está seguro”
Não leem a pulseira de identificação	O facilitador fala: “o ambiente de saúde não está seguro”
Não aplica a Escala NIHSS	O facilitador fala: “falta a avaliação”
Não solicitar a CRL a transferência imediata da paciente	O facilitador fala: seguir protocolo

ESTAÇÃO 1	Laboratório 1 – Enfermaria		
Duração do cenário	2 hora e 15 minutos	<i>Pré-briefing</i>	1 hora
		Reconhecimento do cenário	5 min
		Execução da simulação	1 hora e 10 min
Fidelidade do cenário	<input type="checkbox"/> Baixa <input type="checkbox"/> Média <input checked="" type="checkbox"/> Alta		
Modalidade de simulação	<input checked="" type="checkbox"/> Simulação clínica com uso de simulador <input checked="" type="checkbox"/> Simulação clínica com uso de paciente padronizado		
Nº de Participantes	13 ESTUDANTES (12 ENFERMEIROS E 1 SUPERVISOR O MESMO DA ESTAÇÃO 1)		
Nº de observadores	PROFESSOR/ RESIDENTES		
Local	Laboratório		
Descrição do ambiente			
<p><u>Unidade de internação:</u> com cama hospitalar, quadro de gases (oxigênio, gás comprimido e vácuo com frasco para aspiração), identificação de leito do paciente, mesa de cabeceira, lixeira para resíduo (infectante, comum e reciclado); caixa de perfurocortante, suporte de soro; bomba infusora; escadinha; ventilador mecânico, carrinho de emergência</p> <p><u>Posto de enfermagem:</u> com bancada para preparo do medicamento, insumos e equipamentos de medicação e de sinais vitais, telefone, carrinho de emergência.</p>			

Simulador de média fidelidade:

(1) O paciente **José Maria Ferreira**, 39 anos, vestido com camisola hospitalar, pulseira de identificação, névoa úmida, acesso venoso periférico MSE salinizado, curativo oclusivo em abdome.

(2) A paciente **Maria José da Silva**, 25 anos, vestido com camisola hospitalar, pulseira de identificação, sonda vesical, sonda nasogástrica, acesso venoso periférico MSE salinizado.

(3) O paciente **Augusto dos Santos**, 56 anos, comatoso, vestido com camisola hospitalar, pulseira de identificação, sonda vesical de demora, acesso central com solução infundida.

(4) A paciente **Leila Maria Almeida**, 58 anos, contida no leito (pulsos), confusa, vestido com camisola hospitalar, pulseira de identificação, cateter nasal, acesso venoso periférico MSD com infusão de solução,

computador/Laptop/celular/ projetor: para projeção de fogo e fumaça

Caixa de som: para som de explosão e fogo

Imagens do cenário**Recursos humanos para condução do cenário**

- ✓ 1 professor/ residente será o ator 1* (médico);
- ✓ atores 2,3,4,5 pacientes (ou simuladores)
- ✓ 4 estudantes serão os atores 5,6, 7, 8 acompanhantes
- ✓ 4 estudantes serão os enfermeiros
- ✓ facilitadores do cenário e aplicador do *debriefing* (professor);
- ✓ apoio da simulação (enfermeiras do lab).

Recursos materiais

Material		
Identificação do leito	4	
Simulador de média fidelidade	4	<p>(1) paciente José Maria Ferreira, 39 anos, vestido com camisola hospitalar, pulseira de identificação, névoa úmida, acesso venoso periférico MSE salinizado, curativo oclusivo em abdome.</p> <p>(2) Maria José da Silva, 25 anos, vestido com camisola hospitalar, pulseira de identificação, sonda vesical, sonda nasogástrica, acesso venoso periférico MSE salinizado.</p> <p>(3) O paciente Augusto dos Santos, 56 anos, comatoso, sonda nasogástrica, vestido com camisola hospitalar,</p>

		pulseira de identificação, acesso central com solução infundindo. (simulador para massagem cardíaca) (4) A paciente Leila Maria Almeida, 58 anos, contida no leito (pulsos), confusa, vestido com camisola hospitalar, pulseira de identificação, cateter nasal, acesso venoso periférico MSD com infusão de solução.
Estetoscópio	4	
Esfigmomanómetro	4	
Torpedo de oxigênio	3	
Ambu completo	3	
Maca	4	Ou tábua de transporte
Umificador	3	
Extensão de silicone	4	
Névoa úmida completa	4	
Gazes	8	Pacotes
DEA	2	
Tubo orotraqueal com balonete	2	
Concentrador de oxigênio	3	
Seringas 10ml	5	
Seringa de 20 ml	5	
Cuba rim	2	
agulha	5	
Sonda de aspiração n.10	1	
Bandeja inox	1	
Aspirador portátil	0	
Adrenalina 1mg	10	
Lençol	10	
Cadeira de rodas	5	para transporte
Suporte de soro	5	
Moulage		
Ferida tipo queimadura para os pacientes.		
Documentação		
PASSAGEM DE PLANTÃO - TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES EM DECORRÊNCIA DE INCIDENTE NO AMBIENTE HOSPITALAR (Apêndice 1)		
Informações para os participantes		

Tem quatro pacientes internados no Hospital Jardim Botânico e é o horário de visita. A equipe de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) está cuidando dos pacientes e atendendo os familiares a fim de darem informações sobre o internamento e o tratamento dos pacientes.

Reconhecimento do ambiente

Verificar o carrinho de emergência (itens de emergência)

Posto de enfermagem

Verificar medicações disponíveis

Verificar dispositivos de saúde instalados no paciente (simulador)

Recursos para transporte dos pacientes.

Roteiro da simulação

5 minutos de cuidado aos pacientes e para darem informações aos familiares. No 5º minuto ouvem um barulho de explosão com surgimento de fogo e fumaça (vídeo e som). Em seguida, surge um alerta no alto falante do hospital referindo alerta, e que todos os profissionais preparem os pacientes para fazer evacuação da área.

Os pacientes deverão ser transferidos para o local frio (espaço externo ao hospital), utilizando cadeira de rodas, tábua de imobilização e macas. Os visitantes também devem ser orientados a sair.

Os demais pacientes devem ser conduzidos com o suporte necessário.

APÓS O TRANSPORTE

(1) paciente **José Maria Ferreira**, 39 anos, vestido com camisola hospitalar, pulseira de identificação, névoa úmida, acesso venoso periférico MSE salinizado, curativo oclusivo em abdome.

MANTÉM-SE ESTÁVEL.

(2) Maria **José da Silva**, 25 anos, vestido com camisola hospitalar, pulseira de identificação, sonda vesical, sonda nasogástrica, acesso venoso periférico MSE salinizado.

MANTÉM-SE ESTÁVEL

(3) O paciente **Augusto dos Santos**, 56 anos, comatoso, sonda nasogástrica, vestido com camisola hospitalar, pulseira de identificação, acesso central com solução infundida. (simulador para massagem cardíaca)

APRESENTA PCR

O familiar do paciente começa a gritar dizendo que o **sr. Augusto dos Santos**, parou de responder parece que desmaiou. **Verificar a placa de instrução com dados vitais compatíveis com PCR (verificação manual).**

Os participantes devem:

- Realizar divisão de responsabilidades (coordenador e membros da equipe) usando comunicação em alça fechada
- Identificar a PCR em menos de 10 seg. e chamar por ajuda;
- Providenciar o carrinho de emergência com o desfibrilador;
- Posicionar o paciente adequadamente no chão;
- Providenciar a oferta de oxigênio;
- Realizar as massagens de maneira adequada (de 100 a 120/min, permitir a expansão total do tórax, profundidade de no mínimo 5 cm, uso de escada);

- Realizar ventilações a cada 6 seg. não precisa sincronizar com as massagens.
- Verificar pulsação (artéria carótidas ou radial) a cada 2 minutos;
- Relatar a possibilidade de uso do desfibrilador/cardioversor.
- Dar suporte ao familiar, que está desesperado no cenário.
 - Após 10 minutos de reanimação efetiva (todos os participantes devem ter passado pelo menos por dois ciclos de massagem), o paciente retorna gemente com dados vitais FC 60bpm, FR 10 irpm PA sem condições de aferição.
 - Após 10 minutos de reanimação inadequada, encerra-se a simulação, com paciente em PCR.
- Realizar (ou referir) os cuidados pós retorno da circulação espontânea:
- Manter oxigenação por cateter;
- Não administrar medicação (não haverá indicação de nenhuma das medicações prescritas)
- Aferir SSVV
- Contato com atendimento de emergência (médico e Central de Regulação de Leitos para transferência imediata)
- Levantar a cabeça do paciente após o retorno;
- Controlar glicemia.
- Manter atenção para a recorrência de PCR e a necessidade de reiniciar RCP.
- Passar o caso à equipe do SAMU na transferência.

observação: a acompanhante do paciente Augusto apresenta descontrole emocional e necessita de assistência, devido ao choro compulsivo e medo da morte do companheiro.

*** ATRIZ***

(4) A paciente Leila Maria Almeida, 58 anos, contida no leito (pulsos), confusa, vestida com camisola hospitalar, pulseira de identificação, cateter nasal, acesso venoso periférico MSD com infusão de solução.

MANTÉM-SE ESTÁVEL

A acompanhante da paciente Leila necessita de auxílio pois relata falta de ar por aspiração da fumaça.

*** ATRIZ***

Habilidades específicas (procedimentos / manobras) esperadas:

Os participantes devem:

- Colocar luvas;
- Entrar na enfermaria (cenário)
- Apresentar-se ao paciente
- avaliar as condições dos pacientes;
- orientar os visitantes;
- preparar os pacientes para transportá-los para fora do hospital
- providenciar maca, tábua de imobilização, cadeira de rodas;
- manter o suporte para o transporte (oxigênio e medidas de segurança)
- iniciar o transporte do paciente com segurança
- pedir ajuda para o transporte
- organizar a ordem de prioridade;
- organizar as atividades atribuíveis aos membros do grupo.
- Levar carrinho de emergência;
- Ter certeza que há um local preparado para receber os pacientes
- Saber quais condições estão as vias que levam até o exterior do hospital

<ul style="list-style-type: none"> • Dar segurança ao paciente no transporte
Fluxograma de tomada de decisão
Avaliação
Observação do atendimento e encaminhamento dos casos
Material complementar
Vídeos e protocolo disponíveis na página Simula Amuvi e Simulações anteriores no Prontuário Eletrônico Simulado www.simulaenfufpr.blogspot.com
Referências
<p>AME. Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem. 9ª ed. Elsevier, 2013.</p> <p>American Heart Association. (2020). Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2020 para RCP e ACE. Disponível em: https://cpr.heart.org/-/media/cpr-files/cpr-guidelines-files/highlights/hghlghts_2020eccguidelines_portuguese.pdf. Acessado em: 07/11/2021</p> <p>Brasil, Ministério da Saúde, & Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – Suporte Avançado de Vida. 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.</p> <p>Classificação das intervenções de enfermagem (NIC) / editores Howard K. Butcher ... [et al.] ; tradução Vilma Ribeiro de Souza Varga, Denise Costa Rodrigues. – 7. ed. – Rio de Janeiro : GEN Grupo Editorial Nacional S.A. Publicado pelo selo Editora Guanabara Koogan Ltda., 2020.</p> <p>Classificação dos resultados de enfermagem NOC : mensuração dos resultados em saúde / editores Sue Moorhead ... [et al.] ; tradução Maria Inês Corrêa Nascimento. – 6. ed. – Rio de Janeiro : GEN Grupo Editorial Nacional S.A. Publicado pelo selo Editora Guanabara Koogan Ltda., 2020.</p> <p>Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020 [recurso eletrônico] / [NANDA International]; tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros... [et al.]. – 11. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2018.</p> <p>Fernandes, A. P., Vancini, C. R., Cohrs, F., & Moreira, R. S. L. (2010). Qualidade das anotações de enfermagem relacionadas à ressuscitação cardiopulmonar comparadas ao modelo Utstein. Acta Paul. Enferm., 23(6), 757–63. Retrieved from http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n6/07.pdf.</p> <p>Schell, H. M., & Puntillo, K. A. (2005). Segredos em enfermagem na terapia intensiva. Porto Alegre: Artmed. Capítulos: 2; 3; 14; 15; 16; 19; 22; 29; 30; 37; 41; 57; 63.</p>

--

ROTEIRO SIMULAÇÃO LABORATÓRIO - ENFERMARIA - DOCENTE

Paciente Augusto dos Santos, 56 anos

Relação comportamento do participante e dos simuladores	
Participante	Simuladores
Pergunta ao familiar o que aconteceu	Familiar responde que o paciente estava deitado e de repente deu uma gemida e desmaiou e ficou pálido e não respondeu aos chamados
Pede para o familiar se retirar	O familiar não se retira e continua gritando e perguntando o que aconteceu com o seu pai.
Pede para lhe acompanhar e/ou explica o que está acontecendo	O familiar continua chorando, mas acompanha o participante e/ou se acalma
Ligam para o médico	O médico responde que mantenha o SBV até sua chegada.
Perguntam para o médico se podem fazer alguma medicação	O médico responde que mantenha o SBV até sua chegada.
Não identificaram a PCR em 1 minuto	O facilitador indica que o paciente está em PCR
Não instalam O2 com reservatório noambu	O facilitador indica que paciente está cianótico
Não trouxeram o carrinho de emergência	O facilitador indica que algo imprescindível está faltando, mas não refere o que é.
Não chamaram ajuda em 2 minutos	O familiar grita pelo médico e diz que eles têm de chamar o médico.

(2)Acompanhante do paciente Augusto

Relação comportamento do participante e dos simuladores

Participante	ator/atriz
Afastar o acompanhante do paciente	resistir às tentativas de afastamento
Buscar tranquilizar o acompanhante	continuar choroso
orientar o acompanhante sobre o estado do paciente	não compreender a informação, pedir para repetir.

(3) Acompanhante da paciente Leila

Relação comportamento do participante e dos simuladores	
Participante	ator /atriz
Verificar sinais vitais e saturação	relatar falta de ar e tosse
ofertar oxigênio em caso de saturação abaixo de 90%	continuar relatando falta de ar
orientar ela sobre seu estado de saúde	continuar relatando falta de ar e tosse
Acionar a CRL para transferência	continuar relatando falta de ar e tosse
Continuar a monitorização dos SSVV e passar o caso para a equipe do SAMU	continuar relatando falta de ar e tosse

ESTAÇÃO 1	Laboratório 2 - UTI Cardiológica		
Duração do cenário	2 hora e 15 minutos	<i>Pré-briefing</i>	1 hora
		Reconhecimento do cenário	5 min
		Execução da simulação	1 hora e 10 min
Fidelidade do cenário	<input type="checkbox"/> Baixa <input type="checkbox"/> Média <input checked="" type="checkbox"/> Alta		
Modalidade de simulação	<input checked="" type="checkbox"/> Simulação clínica com uso de simulador <input checked="" type="checkbox"/> Simulação clínica com uso de paciente padronizado		
Nº de Participantes	4 ESTUDANTES (4 ENFERMEIROS E 1 SUPERVISOR O MESMO DA ESTAÇÃO 1)		
Nº de observadores	Professor		
Local			
Descrição do ambiente			
<p><u>Unidade de internação:</u> com cama hospitalar, quadro de gases (oxigênio, gás comprimido e vácuo com frasco para aspiração), identificação de leito do paciente, mesa de cabeceira, lixeira para resíduo (infectante, comum e reciclado); caixa de perfurocortante, suporte de soro; bomba infusora; escadinha; ventilador mecânico, carrinho de emergência</p> <p><u>Posto de enfermagem:</u> com bancada para preparo do medicamento, insumos e equipamentos de medicação e de sinais vitais, telefone, carrinho de emergência.</p> <p><u>Simulador de média fidelidade:</u></p>			

(1) O paciente **Joaquim Pereira Moreira** (30 anos), internado há 1 dia com quadro de apendicite aguda e submetido à apendicectomia encontra-se em recuperação na UTI Geral. Apresenta quadro febril que se mantém e para continuidade da antibioticoterapia endovenosa. Encontra-se em repouso no leito, dormiu pouco durante a noite, refere calafrios. Pela manhã, recusou a dieta referindo um pouco de náuseas, mas não administrado antiemético e seus dados vitais estavam: glicemia capilar pré-prandial: 94mg/dl - FC: 76bpm - FR: 19rpm - PA: 146x88mmHg - Temperatura axilar: 38,2°C e Saturação periférica em ar ambiente: 95%. Escala de Glasgow 15. Eliminações presentes e espontâneas. Referiu dor muscular nas costas e no braço esquerdo. Foi administrado um dipirona 1g diluído em 20ml de água destilada EV às 06:00.

(2) A paciente **Maria Fernanda Soares (72 anos) ATRIZ**, sexo feminino, vestido com camisola hospitalar, com O2 nevoa úmida, pulseira de identificação, acesso venoso periférico MSE com infusão de solução em curso, SVD com diurese presente de aspecto normal 600 ml, curativo oclusivo em MIE (coxa), com monitorização multiparamétrica.

computador/Laptop/celular/ projetor: para projeção de fogo e fumaça

Caixa de som: para som de explosão e fogo

Imagens do cenário

--	--

Recursos humanos para condução do cenário

- ✓ 1 professor/ residente será o ator 1* (médico);
- ✓ 2 simuladores
- ✓ 4 estudantes serão os enfermeiros
- ✓ 2 acompanhantes (atores)
- ✓ facilitadores do cenário e aplicador do *debriefing* (professor);
- ✓ apoio da simulação (enfermeiras do lab).

ROTEIRO SIMULAÇÃO

5 minutos de cuidado aos pacientes e para darem informações aos familiares. No 5º minuto ouvem um barulho de explosão com surgimento de fogo e fumaça (vídeo e som). Em seguida, surge um alerta no alto falante do hospital referindo alerta, e que todos os profissionais preparem os pacientes para fazer evacuação da área.

Os pacientes deverão ser transferidos para o local frio (espaço externo ao hospital), utilizando cadeira de rodas, tábua de imobilização e macas. Os visitantes também devem ser orientados a sair.

Após o Transporte

APRESENTA PCR

O paciente **Joaquim Pereira Moreira** começa a gritar dizendo que sente um aperto no peito e está com muita dor nas costas e no braço esquerdo. parou de responder parece que desmaiou. Verificar a placa de instrução com dados vitais compatíveis com PCR (verificação manual).

Os participantes devem:

- Realizar divisão de responsabilidades (coordenador e membros da equipe) usando comunicação em alça fechada
- O médico solicita o ECG
- Ao lerem o ECG e interpretarem a presença de supra de ST e informar ao médico
- instalam O2 por cateter nasal em até 10'
- Identificar a PCR em menos de 10 seg. e chamar por ajuda;
- Providenciar o carrinho de emergência com o desfibrilador;
- Posicionar o paciente adequadamente no chão;
- Providenciar a oferta de oxigênio;
- Realizar as massagens de maneira adequada (de 100 a 120/min, permitir a expansão total do tórax, profundidade de no mínimo 5 cm, uso de escada);
- Realizar ventilações a cada 6 seg. não precisa sincronizar com as massagens.
- Verificar pulsação (artéria carótidas ou radial) a cada 2 minutos;
- Relatar a possibilidade de uso do desfibrilador/cardioversor.
- Fazer o uso do desfibrilador/cardioversor se necessário.
- Dar suporte ao familiar, que está desesperado no cenário.
- Após 10 minutos de reanimação efetiva (todos os participantes devem ter passado pelo menos por dois ciclos de massagem), o paciente não retorna.
- Comunicar a equipe de má notícias
- Avisar familiares.

(2) O paciente **Maria Fernanda Soares (72 anos) ATRIZ**, sexo feminino, vestido com camisola hospitalar, com O2 nevoa úmida, pulseira de identificação, acesso venoso periférico MSE com infusão de solução em curso, SVD com diurese presente de aspecto normal 600 ml, curativo oclusivo em MIE (coxa), com monitorização multiparamétrica.

APÓS TRANSPORTE

MANTÉM-SE ESTÁVEL

Entretanto, encontra-se assustada com o ocorrido e chorosa por ver o colega passando mal, familiar solicita ajuda para acalmá-la

Recursos materiais

Material		
Identificação do leito	2	
Simulador de média fidelidade	2	sexo masculino, vestido com camisola hospitalar, com O2 nevoa úmida, pulseira de identificação, acesso venoso periférico MSE com infusão de solução em curso, SVD com diurese presente de aspecto normal 600 ml,

		curativo oclusivo em MIE (coxa), com monitorização multiparamétrica.
Estetoscópio	1	
Esfigmomanómetro	1	
Torpedo de oxigênio	1	
Ambu completo	1	
Maca	2	
Umificador	1	
Extensão de silicone	1	
Névoa úmida completa	1	
Monitores	2	
gazes	4	
DEA	1	
Tube orotraqueal com balonete	1	
Concentrador de oxigênio	1	
Seringas 10ml	5	
Seringa de 20 ml	2	
Cuba rim	1	
agulha	10	
Sonda de aspiração n.10	1	
Bandeja inox	2	
Aspirador portátil		
Adrenalina 1mg	10	
Lençol	5	
Cadeira de rodas	2	
Suporte de soro	2	
Bomba infusora	1	
Suporte de soro	2	
Gel para cardioversão	1	
Filme transparente		
Identificação do leito	2	
Tábua de reanimação	1	
Escadinha		
Cardioversor	1	
Solução salina NaCl 0,9% 500ml	5	
AAS 100mg	5	
Água destilada	5	

Atenolol 50mg	5	
dipirona 1g	5	
Metoclopramida 10mg	5	
solução salina NaCl 0,9% 100ml	5	
tramadol	5	
Morfina 10mg	5	
Enalapril 10mg	5	
Amiodarona 150mg	5	
Adrenalina 1mg	5	
Metoprolol	5	
Copos descartáveis	5	
Avaliação		
Observação do atendimento e encaminhamento dos casos		
Documentos		
PASSAGEM DE PLANTÃO - TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES EM DECORRÊNCIA DE INCIDENTE NO AMBIENTE HOSPITALAR (Apêndice 1)		
Material complementar		
Vídeos e protocolo disponíveis na página Simula Amuvi e Simulações anteriores no Prontuário Eletrônico Simulado www.simulaenfufpr.blogspot.com		
Referências		
AME. Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem. 9ª ed. Elsevier, 2013.		
American Heart Association. (2020). Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2020 para RCP e ACE. Disponível em: https://cpr.heart.org/-/media/cpr-files/cpr-guidelines-files/highlights/hghlghts_2020eccguidelines_portuguese.pdf . Acessado em: 07/11/2021		
Brasil, Ministério da Saúde, & Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – Suporte Avançado de Vida. 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.		
Classificação das intervenções de enfermagem (NIC) / editores Howard K. Butcher ... [et al.] ; tradução Vilma Ribeiro de Souza Varga, Denise Costa Rodrigues. – 7. ed. – Rio de Janeiro : GEN Grupo Editorial Nacional S.A. Publicado pelo selo Editora Guanabara Koogan Ltda., 2020.		
Classificação dos resultados de enfermagem NOC : mensuração dos resultados em saúde / editores Sue Moorhead ... [et al.] ; tradução Maria Inês Corrêa Nascimento. – 6. ed. – Rio de Janeiro : GEN Grupo Editorial Nacional S.A. Publicado pelo selo Editora Guanabara Koogan Ltda., 2020.		

Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020 [recurso eletrônico] / [NANDA International]; tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros... [et al.]. – 11. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2018.

Fernandes, A. P., Vancini, C. R., Cohrs, F., & Moreira, R. S. L. (2010). Qualidade das anotações de enfermagem relacionadas à ressuscitação cardiopulmonar comparadas ao modelo Utstein. *Acta Paul. Enferm.*, 23(6), 757–63. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n6/07.pdf>.

Schell, H. M., & Puntillo, K. A. (2005). Segredos em enfermagem na terapia intensiva. Porto Alegre: Artmed. Capítulos: 2; 3; 14; 15; 16; 19; 22; 29; 30; 37; 41; 57; 63.

ROTEIRO SIMULAÇÃO UTI CARDIOLÓGICA DOCENTE

Paciente **Joaquim Pereira Moreira**

Relação comportamento do participante e dos simuladores	
Participante	Simuladores
Pergunta ao paciente o que ele está sentindo	Eu já não estava muito bem, e agora que eu estava no banheiro começou uma dor muito forte no meu peito, bem no meio do peito. Até o ar parece que está faltando. Tô com náuseas.
Pergunta ao paciente de 0-10, quanto está essa dor?	8 – tipo uma dor queimada e corre para o braço esquerdo.
Perguntam para o médico	O médico diz que logo vai ver o paciente e pede para que passem o caso e ele deve perguntar: - quais os dados vitais? - já fizeram o ECG? Se sim, qual a interpretação Se não, faça o ECG e me ligue novamente
Ao lerem o ECG e interpretarem a presença de supra de ST e informar ao médico	O médico responde que iniciem o protocolo de atendimento ao paciente com IAM. Que façam as medicações do protocolo.
Ao ligarem para o médico, os participantes só falam que é infarto, mas não identificam a presença de supra ST	O médico pergunta como eles sabem que é um infarto?

Não identificam a presença de supra ST	O médico pede para mandar o ECG por imagem (telemedicina). Depois da leitura do ECG. O médico responde que iniciem o protocolo de atendimento inicial ao paciente com IAM. Que façam as medicações do protocolo.
Não instalam O2 por cateter nasal em até 10'	O paciente avisa que está com dificuldades de respirar
Não fizeram o ECG em até 5 minutos	O facilitador indica que algo imprescindível está faltando, mas não refere o que é.

Paciente **Maria Fernanda Soares (72 anos)** **ATRIZ**, sexo feminino

Relação comportamento do participante e dos simuladores	
Participante	ator /atriz
Acalmar o paciente	chorosa, angustiando solicita ajuda
Buscar tranquilizar o acompanhante	continuar chorosa
orientar o paciente sobre seu estado de saúde.	não compreender a informação, pedir para repetir.

ESTAÇÃO 1	LABORATÓRIO 4 - UTI GERAL		
Duração do cenário	15 minutos		
Fidelidade do cenário	<input type="checkbox"/> Baixa <input type="checkbox"/> Média <input checked="" type="checkbox"/> Alta		
Modalidade de simulação	<input checked="" type="checkbox"/> Simulação clínica com uso de simulador <input checked="" type="checkbox"/> Simulação clínica com uso de paciente padronizado		
Nº de Participantes	4 ESTUDANTES (3 ENFERMEIROS E 1 SUPERVISOR)		
Nº de observadores	Docentes		
Local	Lab.		
Descrição do ambiente			
<u>Unidade de Terapia Intensiva:</u> com cama hospitalar, quadro de gases (oxigênio, gás comprimido e vácuo), identificação de leito do paciente, mesa de cabeceira, lixeira para resíduo (infectante, comum e reciclado); caixa de perfurocortante, suporte de soro; bomba infusora; escadinha, monitorização cardio pressórica e oximetria de pulso contínuos (simulador).			

Posto de enfermagem: com bancada para preparo do medicamento, insumos e equipamentos de medicação e de sinais vitais, carrinho de emergência, cardioversor e telefone.

Simulador: alta fidelidade (Ariel), paciente Maria Carvalho Souza (82 anos), sexo feminino, vestido com camisola hospitalar, intubada, em ventilação mecânica, com filtro de barreira e track care, pulseira de identificação, acesso venoso central em jugular interna direita, com infusão de solução controlada por bomba infusora, proteção ocular, monitorização cardíaca, SVD com diurese presente de aspecto concentrado 100 ml, acesso arterial em radial esquerda.

Computador/Laptop/celular: (1) acesso ao prontuário eletrônico simulado. (2) para reprodução do som de voz do paciente.

- (1) Paciente **Sueli de Souza** (94 anos), sexo feminino, vestido com camisola hospitalar, intubada, em ventilação mecânica, com filtro de barreira e track care, pulseira de identificação, acesso venoso central em jugular interna direita, com infusão de solução controlada por bomba infusora, proteção ocular, monitorização cardíaca, SVD com diurese presente de aspecto concentrado 100 ml, acesso arterial em radial esquerda.
- (2) Paciente **João Guilherme Ferreira** (62 anos), internado há 15 dias. Tem histórico recente de AVCi e tratamento com trombolítico, com recuperação do déficit motor após o terceiro dia. No período de recuperação sofreu queda de mesmo nível e necessitou de cirurgia de fixação interna de fêmur esquerdo, devido à fratura. Atualmente, mantém-se em recuperação na clínica cirúrgica e encontra-se com um familiar lhe acompanhando. Após a cirurgia apresentou por dois dias consecutivos aumento de pressão arterial com PAS>200mmHg acompanhado de mal-estar geral. Pela manhã, alimentou-se regularmente, e seus dados vitais estavam: glicemia capilar pré-prandial: 112mg/dl - FC: 88bpm - FR: 18irpm - PA: 156x96mmHg - Temperatura axilar: 36,2°C e Saturação periférica em ar ambiente: 98%. Nega algias. Evacuação presente e diurese em SVD.

Imagens do cenário

--	--

Recursos humanos para condução do cenário

- ✓ 1 professor/ residente será o ator 1* (médico);
- ✓ 2 simuladores
- ✓ 4 estudantes serão os enfermeiros
- ✓ 2 acompanhantes (atores)
- ✓ facilitadores do cenário e aplicador do *debriefing* (professor);
- ✓ apoio da simulação (enfermeiras do lab).

Recursos materiais

Material	Quant.	Observação
Simulador de média fidelidade	2	Paciente Sueli de Souza (94 anos), sexo feminino, vestido com camisola hospitalar, pulseira de identificação, acesso venoso central em jugular interna direita, com infusão de solução controlada por bomba infusora, proteção ocular, monitorização cardíaca, SVD com diurese presente de

		aspecto concentrado 100 ml, acesso arterial em radial esquerda. (simulador para massagem cardíaca) Paciente João Guilherme Ferreira (62 anos), sexo masculino, com camisola hospitalar, pulseira de identificação, acesso venoso periférico, imobilização em fêmur esquerdo, SVD com diurese presente de aspecto concentrado 50 ml.
Bomba infusora	1	
Suporte de soro	1	
Equipo de bomba	1	
Transdutor de pressão invasiva	1	
Pressurizador de soro para transdutor	1	
Tubo orotraqueal	1	No paciente
Ventilador mecânico	1	
Filme transparente	1	Para proteção do tórax do simulador
Identificação do leito	1	Com dados do paciente João Paulo
Tabua de reanimação	1	Junto do carrinho de emergência
Escadinha	1	
Esfigmomanômetro	1	
Estetoscópio	1	
Cardioversor	1	
Ambu completo	1	
Umidificador	1	
Extensão de silicone	1	Para o ambu
Concentrador de oxigênio	1	
Seringa 3ml	30	
Seringa 5ml	12	
Agulha para aspiração	30	
Solução salina NaCl 0,9% 500ml	1	Instalado no paciente
Adrenalina	18	Diluído 2ml
Amiodarona	6	Diluído 10ml
Dopamina	1	5 ampolas em um SF 250ml
Água destilada	12	
solução salina NaCl 0,9% 100	1	Para o transdutor de PA invasiva
solução salina NaCl 0,9% 100	1	Frascos
Copos descartáveis	12	Para medicação

Seringas 10ml	10	
agulha	10	Para aspiração
Bandeja inox	1	
		*medicações diluídas e nas seringas (identificadas)
Moulage		
Peruca grisalha		
Documentação		
Prescrição médica e PASSAGEM DE PLANTÃO - TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES EM DECORRÊNCIA DE INCIDENTE NO AMBIENTE HOSPITALAR (Apêndice 1)		
Informações para os participantes		
<p>A paciente Sueli de Souza, 94 anos, internada há 25 dias, hipertensa, diabética, apresentando confusão mental. Durante o internamento teve um AVC hemorrágico, com necessidade de cirurgia neurológica (drenagem de hematoma subdural). Ficou 3 dias na UTI, sendo readmitida na clínica médica. Está sob cuidados na unidade de terapia intensiva adulto, grave, com insuficiência renal e hipotensão.</p> <p>O paciente João Guilherme Ferreira (62 anos), internado há 15 dias. Tem histórico recente de AVCi e tratamento com trombolítico, com recuperação do déficit motor após o terceiro dia. No período de recuperação sofreu queda de mesmo nível e necessitou de cirurgia de fixação interna de fêmur esquerdo, devido à fratura. Atualmente, mantém-se em recuperação na clínica cirúrgica e encontra-se com um familiar lhe acompanhando. Após a cirurgia apresentou por dois dias consecutivos aumento de pressão arterial com PAS>200mmHg acompanhado de mal-estar geral. Pela manhã, alimentou-se regularmente, e seus dados vitais estavam: glicemia capilar pré-prandial: 112mg/dl - FC: 88bpm - FR: 18irpm - PA: 156x96mmHg - Temperatura axilar: 36,2°C e Saturação periférica em ar ambiente: 98%. Nega algias. Evacuação presente e diurese em SVD.</p>		
Reconhecimento do ambiente		
Tem dois pacientes internados na UTI geral do Hospital Jardim Botânico e é o horário de visita. A equipe de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) está cuidando dos pacientes e atendendo os familiares a fim de darem informações sobre o internamento e o tratamento dos pacientes.		
Roteiro da simulação		
5 minutos de cuidado aos pacientes e para darem informações aos familiares. No 5º minuto ouvem um barulho de explosão com surgimento de fogo e fumaça (vídeo e som). Em seguida, surge um		

alerta no alto falante do hospital referindo alerta, e que todos os profissionais preparem os pacientes para fazer evacuação da área.

Os pacientes deverão ser transferidos para o local frio (espaço externo ao hospital), utilizando cadeira de rodas, tábua de imobilização e macas. Os visitantes também devem ser orientados a sair.

Após o Transporte

(1) A paciente **Sueli de Souza**, 94 anos, Inicial - a paciente encontra-se no leito – PA=88/50 - FC: 91 bpm - FR: 16 rpm - Temperatura axilar: 37,2°C e Saturação periférica 95%.

2 min – apresenta bradicardia sinusal FC=40 FR=16 SatO2=91.

O médico (PROFESSOR/RESIDENTE) entra em cena e pede para preparar Dopamina (5 ampolas em 250ml).

Quando o participante estiver prestes a instalar a medicação a paciente faz PCR em assistolia Inicia-se a RCP com massagem.

Administrar adrenalina e Conduzir a RCP até 15 minutos. Após o médico perguntar à equipe de enfermagem se todos concordam a encerrar a RCP. **A paciente irá a óbito.**

(2)O paciente João Guilherme Ferreira (62 anos), **permanecerá estável.**

Habilidades específicas (procedimentos / manobras) esperadas:

Os participantes devem:

- Entrar na UTI
- Higienizar as mãos
- Realizar divisão de responsabilidades (coordenador e membros da equipe) usando comunicação em alça fechada
- Fazer o exame físico da paciente

Ao identificar a bradicardia sinusal

- Chamar o médico e passar o caso;
- Verificar a prescrição médica e administrar medicação catecolamina (Dopamina)

Ao identificar a assistolia

- Baixar a cabeceira do leito;
- Posicionar o leito;
- Iniciar as compressões
- Retirar o paciente do ventilador e iniciar as ventilações (RCP)
- Trazer o carrinho de emergência.
- Administrar estimulador adrenérgico (adrenalina/epinefrina)
- Realizar medicações conforme solicitação médica e protocolo de SAV
- Manter a segurança do paciente
- Manter e promover a segurança do ambiente e da equipe.

Relação comportamento do participante e dos simuladores	
Participante	Simuladores
Providencia outra medicação que não a solicitada	O médico pergunta se tem certeza que é aquela medicação solicitada
Não trazem o carrinho	O médico (ator) pergunta se o carrinho está disponível?
Solicitam ajuda do médico para a RCP	O médico pede desculpas e diz que está com restrição de movimentos que o impede de ajudar
Decidem não parar a reanimação	O médico explica que a paciente não respondeu a terapêutica e que ela não vai voltar.
Fluxograma de tomada de decisão	
Não disponível ainda.	
Debriefing	
<p>1) Sumarizar o caso clínico, destacar as prioridades de atendimento e condutas esperadas.</p> <p>2) Perguntar aos participantes como foi o cenário e que ele/ela destaque os pontos positivos, ou seja, mencione o que fez corretamente e o que foi fácil de realizar; pedir ao participante que justifique suas ações. No primeiro momento, focar nos aspectos que foram apresentados de forma correta. O facilitador deve direcionar ou explorar os pontos centrais do cenário. O facilitador estimula o aluno a falar sobre suas emoções, como alegria, ansiedade, confusão, insegurança, confiança, atitude, habilidade, etc).</p> <p>3) Após, perguntar ao participante voluntário o que ele/ela faria de diferente se entrasse novamente no cenário ou o que ele/ela achou mais desafiador. Ouvir o participante e conduzir a discussão; direcionar e explorar os pontos centrais do cenário estimulando que os próprios participantes respondam às perguntas uns dos outros.</p> <p>4) O facilitador deve evitar transformar o <i>debriefing</i> em uma aula expositiva, mas não é impeditivo ajudar nas discussões.</p> <p>5) Finalizar o <i>debriefing</i> pedindo aos participantes que realizem um resumo dos objetivos de aprendizagem aprendidos e percepções durante o <i>debriefing</i>.</p>	

Avaliação
Gabarito dos registros no Prontuário Eletrônico Simulado
Material complementar
Vídeos e protocolo de SAVC, disponíveis na página Simula 6 no Prontuário Eletrônico Simulado www.simulaenfufpr.blogspot.com
Referências
AME. Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem. 9ª ed. Elsevier, 2013.
American Heart Association. (2020). Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2020 para RCP e ACE. Disponível em: https://cpr.heart.org/-/media/cpr-files/cpr-guidelines-files/highlights/hghlghts_2020eccguidelines_portuguese.pdf . Acessado em: 07/11/2021
Brasil, Ministério da Saúde, & Secretaria de Atenção à Saúde. (2016). Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde.
Sociedade Brasileira De Cardiologia. (2019). Atualização da Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. Arq Bras Cardiol. 2019 Oct 10;113(3):449-663. doi: 10.5935/abc.20190203.

ROTEIRO SIMULAÇÃO LABORATÓRIO UTI GERAL DOCENTE

Participante	Simuladores
Providencia outra medicação que não a solicitada	O médico pergunta se tem certeza que é aquela medicação solicitada
Não trazem o carrinho	O médico (ator) pergunta se o carrinho está disponível?
Solicitam ajuda do médico para a RCP	O médico pede desculpas e diz que está com restrição de movimentos que o impede de ajudar
Decidem não parar a reanimação	O médico explica que a paciente não respondeu a terapêutica e que ela não vai voltar.

ESTAÇÃO	Supervisão de Enfermagem - Classificação START e atendimento		
Duração do cenário			

	2 horas e 15 minutos	<i>Debriefing</i>	20 min
Fidelidade do cenário	<input type="checkbox"/> Baixa <input type="checkbox"/> Média <input checked="" type="checkbox"/> Alta		
Modalidade de simulação			
Nº de Participantes	2 estudantes		
Nº de Observadores	Não está previsto observador		
Local	Lab Fundamentos		
Descrição do ambiente			
<u>Classificação:</u> deve ser organizado espaço para classificar por cores (vermelho, amarelo, verde e preto)			
<u>Atendimento:</u> para atendimento dos pacientes e acompanhantes orientar a equipe de enfermagem para a necessidade do carrinho de emergência, DEA, e material ventilatório.			
Imagens do cenário			
			
			



Recursos humanos para condução do cenário

✓ Os mesmos da estação 1 e 2

Recursos materiais

Material	Quant.	Observação
Estetoscópio	3	
Esfigmomanometro	3	
Torpedo de oxigênio	4	
Ambu completo	3	
Maca	4	Ou tabua de transporte
Umidificador	4	
Extensão de silicone	4	
Nevoa úmida completa	1	
gazes	8	pacotes
DEA	1	
Concentrador de oxigênio	4	
Lençol	4	
Cadeira de rodas	2	Para transporte
Panos coloridos (TNT)	5	Para a classificação de risco (verde, amarelo, vermelho, preto e laranja)
Álcool 70% frasco	6	

Moulage:

Documentação

PASSAGEM DE PLANTÃO - TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES EM DECORRÊNCIA DE INCIDENTE NO AMBIENTE HOSPITALAR (Apêndice 1)
Informações para os participantes
Serão todos os pacientes, acompanhantes e equipe das estações 1,2,3 e 4
Roteiro da simulação
Os participantes devem: <ul style="list-style-type: none"> ● Deverão supervisionar as equipes de enfermagem da enfermaria, unidade médio risco, UTI cardiológica e UTI geral. ● Deverão realizar a liderança da equipe, por meio da comunicação em alça fechada para remoção dos pacientes e acompanhantes do ambiente hospitalar. ● Deverão organizar o ambiente conforme classificação de START. ● Deverão coletar as informações referentes à PASSAGEM DE PLANTÃO - TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES EM DECORRÊNCIA DE INCIDENTE NO AMBIENTE HOSPITALAR. ● Deverão acionar a equipe médica para auxílio nos atendimentos em urgência e emergência. ● Deverão organizar as equipes de enfermagem para atendimento em urgência e emergência. ● Deverão comunicar a Central de Regulação de Leitos para a transferência dos pacientes e acompanhantes que necessitarem. ● Deverão comunicar a equipe de Comunicação de Más Notícias sobre os óbitos.
Fluxograma de tomada de decisão
Não disponível ainda.
Gabarito dos registros no Prontuário Eletrônico Simulado
não se aplica
Debriefing
1) Sumarizar a atividade de liderança de equipe, destacar as prioridades de atendimento na urgência e emergência e condutas esperadas.
2) Perguntar aos participantes como foi o cenário e que ele/ela destaque os pontos positivos, ou seja, mencione o que fez corretamente e o que foi fácil de realizar; pedir ao participante que justifique suas ações. No primeiro momento, focar nos aspectos que foram apresentados de forma correta. O facilitador deve direcionar ou explorar os pontos centrais do cenário. O facilitador estimula o aluno a falar sobre suas emoções, como alegria, ansiedade, confusão, insegurança, confiança, atitude, habilidade, etc).

3) Após, perguntar ao participante voluntário o que ele/ela faria de diferente se entrasse novamente no cenário ou o que ele/ela achou mais desafiador. Ouvir o participante e conduzir a discussão; direcionar e explorar os pontos centrais do cenário estimulando que os próprios participantes respondam às perguntas uns dos outros.

4) O facilitador deve evitar transformar o *debriefing* em uma aula expositiva, mas não é impeditivo ajudar nas discussões.

5) Finalizar o *debriefing* pedindo aos participantes que realizem um resumo dos objetivos de aprendizagem aprendidos e percepções durante o *debriefing*.

Avaliação

Material complementar

Vídeos e protocolo disponíveis na página Simula 7 AMUVI no Prontuário Eletrônico Simulado www.simulaenfufpr.blogspot.com

Referências

American Heart Association. (2020). Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2020 para RCP e ACE. Disponível em: https://cpr.heart.org/-/media/cpr-files/cpr-guidelines-files/highlights/hghlghts_2020eccguidelines_portuguese.pdf. Acessado em: 07/11/2021

Brasil, Ministério da Saúde, & Secretaria de Atenção à Saúde. (2016). Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde.

Ferreira, M. M. de M., Costa, R. L. de L., & Menezes, R. O. M. (2014). O desfibrilador externo automático no suporte básico de vida. *Rev Enfermagem Contemporânea*, 37–50.

Sociedade Brasileira De Cardiologia. (2019). Atualização da Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. *Arq Bras Cardiol.* 2019 Oct 10;113(3):449-663. doi: 10.5935/abc.20190203.

ROTEIRO SIMULAÇÃO LABORATÓRIO UTI GERAL DOCENTE

Participante	Simuladores
Providencia outra medicação que não a solicitada	O médico pergunta se tem certeza que é aquela medicação solicitada
Não trazem o carrinho	o médico pergunta se o carrinho está disponível?
Solicitam ajuda do médico para RCP	O médico pede desculpas e diz que está com restrição de movimentos que o impede de ajudar.
Decidem não parar a reanimação	O médico explica que o paciente não respondeu à terapêutica e que ela não vai voltar
Comunicam a supervisão de enfermagem	A equipe decide comunicar a supervisão de enfermagem que acionará a equipe de Comunicação de Más notícias sobre os óbitos.

ESTAÇÃO	Supervisão de Enfermagem - Classificação START e atendimento		
Duração do cenário	2 horas e 15 minutos		
		<i>Debriefing</i>	20 min
Fidelidade do cenário	<input type="checkbox"/> Baixa <input type="checkbox"/> Média <input checked="" type="checkbox"/> Alta		
Modalidade de simulação			
Nº de Participantes	2 estudantes		
Nº de Observadores	Não está previsto observador		
Local	Lab Fundamentos		
Descrição do ambiente	<p><u>Classificação:</u> deve ser organizado espaço para classificar por cores (vermelho, amarelo, verde e preto)</p> <p><u>Atendimento:</u> para atendimento dos pacientes e acompanhantes orientar a equipe de enfermagem para a necessidade do carrinho de emergência, DEA, e material ventilatório.</p>		
Imagens do cenário			



Recursos humanos para condução do cenário

✓ Os mesmos da estação 1 e 2

Recursos materiais

Material	Quant.	Observação

Estetoscópio	3	
Esfigmomanometro	3	
Torpedo de oxigênio	4	
Ambu completo	3	
Maca	4	Ou tábua de transporte
Umidificador	4	
Extensão de silicone	4	
Nevoa úmida completa	1	
gazes	8	pacotes
DEA	1	
Concentrador de oxigênio	4	
Lençol	4	
Cadeira de rodas	2	Para transporte
Panos coloridos (TNT)	5	Para a classificação de risco (verde, amarelo, vermelho, preto e laranja)
Álcool 70% frasco	6	
Moulage:		
Documentação		
Informações para os participantes		
Serão todos os pacientes, acompanhantes e equipe das estações 1,2,3 e 4		
Roteiro da simulação		
Os participantes devem:		
<ul style="list-style-type: none"> • Deverão supervisionar as equipes de enfermagem da enfermaria, unidade médio risco, UTI cardiológica e UTI geral. • Deverão realizar a liderança da equipe, por meio da comunicação em alça fechada para remoção dos pacientes e acompanhantes do ambiente hospitalar. • Deverão organizar o ambiente conforme classificação de START. • Deverão acionar a equipe médica para auxílio nos atendimentos em urgência e emergência. • Deverão organizar as equipes de enfermagem para atendimento em urgência e emergência. • Deverão comunicar a Central de Regulação de Leitos para a transferência dos pacientes e acompanhantes que necessitarem. • Deverão comunicar a equipe de Comunicação de Más Notícias sobre os óbitos. 		
Fluxograma de tomada de decisão		
Não está disponível.		
Gabarito dos registros no Prontuário Eletrônico Simulado		
não se aplica		
Debriefing		

1) Sumarizar a atividade de liderança de equipe, destacar as prioridades de atendimento na urgência e emergência e condutas esperadas.

2) Perguntar aos participantes como foi o cenário e que ele/ela destaque os pontos positivos, ou seja, mencione o que fez corretamente e o que foi fácil de realizar; pedir ao participante que justifique suas ações. No primeiro momento, focar nos aspectos que foram apresentados de forma correta. O facilitador deve direcionar ou explorar os pontos centrais do cenário.

O facilitador estimula o aluno a falar sobre suas emoções, como alegria, ansiedade, confusão, insegurança, confiança, atitude, habilidade, etc).

3) Após, perguntar ao participante voluntário o que ele/ela faria de diferente se entrasse novamente no cenário ou o que ele/ela achou mais desafiador. Ouvir o participante e conduzir a discussão; direcionar e explorar os pontos centrais do cenário estimulando que os próprios participantes respondam às perguntas uns dos outros.

4) O facilitador deve evitar transformar o *debriefing* em uma aula expositiva, mas não é impeditivo ajudar nas discussões.

5) Finalizar o *debriefing* pedindo aos participantes que realizem um resumo dos objetivos de aprendizagem aprendidos e percepções durante o *debriefing*.

Avaliação

Material complementar

Vídeos e protocolo disponíveis na página Simula 7 AMUVI no Prontuário Eletrônico Simulado www.simulaenfufpr.blogspot.com

Referências

American Heart Association. (2020). Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2020 para RCP e ACE. Disponível em: https://cpr.heart.org/-/media/cpr-files/cpr-guidelines-files/highlights/hghlghts_2020eccguidelines_portuguese.pdf. Acessado em: 07/11/2021

Brasil, Ministério da Saúde, & Secretaria de Atenção à Saúde. (2016). Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde.

Ferreira, M. M. de M., Costa, R. L. de L., & Menezes, R. O. M. (2014). O desfibrilador externo automático no suporte básico de vida. Rev Enfermagem Contemporânea, 37–50.

Sociedade Brasileira De Cardiologia. (2019). Atualização da Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar

e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. Arq Bras Cardiol. 2019 Oct 10;113(3):449-663. doi: 10.5935/abc.20190203.

ROTEIRO SIMULAÇÃO SUPERVISÃO DOCENTE

Participante	Simuladores
Supervisionar as equipes de enfermagem da enfermaria, unidade médio risco, UTI cardiológica e UTI geral	O docente pergunta se já verificou os pacientes naquela manhã.
organizar o ambiente conforme classificação de START	O docente pergunta se há um local apto para transferência dos pacientes
Realizar a liderança da equipe, por meio da comunicação em alça fechada para remoção dos pacientes e acompanhantes do ambiente hospitalar.	O docente pergunta se já comunicou as equipes de enfermagem sobre a remoção dos pacientes e acompanhantes sob sua supervisão.
Coletar as informações da passagem de plantão para transferência de pacientes em decorrência de incidente no ambiente hospitalar.	O docente pergunta se já coletou as informações da passagem de plantão para transferência de pacientes em decorrência de incidente no ambiente hospitalar.
Comunicar a Central de Regulação de Leitos para a transferência dos pacientes e acompanhantes que necessitarem.	O docente pergunta se já comunicou a Central de Regulação de Leitos sobre os pacientes e acompanhantes que necessitam de transferência.
Acionar a equipe médica para auxílio nos atendimentos em urgência e emergência.	O docente pergunta se já comunicou a equipe médica para auxílio nos atendimentos de urgência e emergência
Comunicar a equipe de Comunicação de Más Notícias sobre os óbitos	O docente pergunta se a equipe de Comunicação de Más Notícias foi chamada para avisar dos óbitos.

ESTAÇÃO	Central de Regulação de Leitos		
Duração do cenário	2 horas e 15 minutos		
		<i>Debriefing</i>	20 min
Fidelidade do cenário	<input type="checkbox"/> Baixa <input type="checkbox"/> Média <input checked="" type="checkbox"/> Alta		

Modalidade de simulação		
Nº de Participantes	2 estudantes	
Nº de Observadores	Professor	
Local	hall do bloco	
Descrição do ambiente		
<u>Mesa com telefone para acionamento do SAMU</u>		
Imagens do cenário		
Recursos humanos para condução do cenário		
✓ 2 estudantes		
Recursos materiais		
Material	Quant.	Observação
Mesa	01	
Cadeira	02	
telefone	01	
Moulage:		
Documentação		
Passagem de plantão para transferência de pacientes em decorrência de incidente no ambiente hospitalar.		
Informações para os participantes		
Serão todos os pacientes, acompanhantes e equipe das estações 1,2,3 e 4		
Roteiro da simulação		
Os participantes devem:		
<ul style="list-style-type: none"> • Deverão acionar o SAMU para a transferência dos pacientes e acompanhantes que necessitarem. 		
Fluxograma de tomada de decisão		
Não está disponível.		
Gabarito dos registros no Prontuário Eletrônico Simulado		
não se aplica		
Debriefing		
1) Sumarizar a atividade de liderança de equipe, destacar as prioridades de atendimento na urgência e emergência e condutas esperadas.		
2) Perguntar aos participantes como foi o cenário e que ele/ela destaque os pontos positivos, ou seja, mencione o que fez corretamente e o que foi fácil de realizar; pedir ao participante que justifique suas		

ações. No primeiro momento, focar nos aspectos que foram apresentados de forma correta. O facilitador deve direcionar ou explorar os pontos centrais do cenário.

O facilitador estimula o aluno a falar sobre suas emoções, como alegria, ansiedade, confusão, insegurança, confiança, atitude, habilidade, etc).

3)Após, perguntar ao participante voluntário o que ele/ela faria de diferente se entrasse novamente no cenário ou o que ele/ela achou mais desafiador. Ouvir o participante e conduzir a discussão; direcionar e explorar os

pontos centrais do cenário estimulando que os próprios participantes respondam às perguntas uns dos outros.

4)O facilitador deve evitar transformar o *debriefing* em uma aula expositiva, mas não é impeditivo ajudar nas discussões.

5)Finalizar o *debriefing* pedindo aos participantes que realizem um resumo dos objetivos de aprendizagem aprendidos e percepções durante o *debriefing*.

Avaliação

Material complementar

Vídeos e protocolo disponíveis na página Simula 7 AMUVI no Prontuário Eletrônico Simulado www.simulaenfufpr.blogspot.com

Referências

American Heart Association. (2020). Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2020 para RCP e ACE. Disponível em: https://cpr.heart.org/-/media/cpr-files/cpr-guidelines-files/highlights/hghlghts_2020eccguidelines_portuguese.pdf. Acessado em: 07/11/2021

Brasil, Ministério da Saúde, & Secretaria de Atenção à Saúde. (2016). Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde.

Ferreira, M. M. de M., Costa, R. L. de L., & Menezes, R. O. M. (2014). O desfibrilador externo automático no suporte básico de vida. Rev Enfermagem Contemporânea, 37–50.

Sociedade Brasileira De Cardiologia. (2019). Atualização da Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. Arq Bras Cardiol. 2019 Oct 10;113(3):449-663. doi: 10.5935/abc.20190203.

--

ROTEIRO SIMULAÇÃO CENTRAL REGULAÇÃO DE LEITO DOCENTE

Participante	Simuladores
Comunicar o SAMU para a transferência dos pacientes e acompanhantes que necessitarem.	O docente pergunta se já comunicou o SAMU sobre os pacientes e acompanhantes que necessitam de transferência.

ESTAÇÃO	SAMU		
Duração do cenário	2 horas e 15 minutos		
		<i>Debriefing</i>	20 min
Fidelidade do cenário	<input type="checkbox"/> Baixa <input type="checkbox"/> Média <input checked="" type="checkbox"/> Alta		
Modalidade de simulação			
Nº de Participantes	2 estudantes		
Nº de Observadores	Professor		
Local	hall do bloco		
Descrição do ambiente			
Hall do Bloco			
Imagens do cenário			
Recursos humanos para condução do cenário			
✓ 4 estudantes			
Recursos materiais			
	Material	Quant.	Observação
	Maca	04	
	Cadeira de roda	02	
	telefone	01	
Moulage:			
Documentação			
Passagem de plantão para transferência de pacientes em decorrência de incidente no ambiente hospitalar.			
Informações para os participantes			

Serão todos os pacientes, acompanhantes e equipe das estações 1,2,3 e 4
Roteiro da simulação
Os participantes devem: <ul style="list-style-type: none"> • Deverão transferir os pacientes e acompanhantes que necessitarem.
Fluxograma de tomada de decisão
Não está disponível.
Gabarito dos registros no Prontuário Eletrônico Simulado
não se aplica
Debriefing
<p>1) Sumarizar a atividade de comunicação em alça fechada, destacar as prioridades de atendimento na urgência e emergência e condutas esperadas.</p> <p>2) Perguntar aos participantes como foi o cenário e que ele/ela destaque os pontos positivos, ou seja, mencione o que fez corretamente e o que foi fácil de realizar; pedir ao participante que justifique suas ações. No primeiro momento, focar nos aspectos que foram apresentados de forma correta. O facilitador deve direcionar ou explorar os pontos centrais do cenário. O facilitador estimula o aluno a falar sobre suas emoções, como alegria, ansiedade, confusão, insegurança, confiança, atitude, habilidade, etc).</p> <p>3) Após, perguntar ao participante voluntário o que ele/ela faria de diferente se entrasse novamente no cenário ou o que ele/ela achou mais desafiador. Ouvir o participante e conduzir a discussão; direcionar e explorar os pontos centrais do cenário estimulando que os próprios participantes respondam às perguntas uns dos outros.</p> <p>4) O facilitador deve evitar transformar o <i>debriefing</i> em uma aula expositiva, mas não é impeditivo ajudar nas discussões.</p> <p>5) Finalizar o <i>debriefing</i> pedindo aos participantes que realizem um resumo dos objetivos de aprendizagem aprendidos e percepções durante o <i>debriefing</i>.</p>
Avaliação
Material complementar
Vídeos e protocolo disponíveis na página Simula 7 AMUVI no Prontuário Eletrônico Simulado www.simulaenfufpr.blogspot.com

Referências
American Heart Association. (2020). Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2020 para RCP e ACE. Disponível em: https://cpr.heart.org/-/media/cpr-files/cpr-guidelines-files/highlights/hghlghts_2020eccguidelines_portuguese.pdf . Acessado em: 07/11/2021
Brasil, Ministério da Saúde, & Secretaria de Atenção à Saúde. (2016). Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde.
Ferreira, M. M. de M., Costa, R. L. de L., & Menezes, R. O. M. (2014). O desfibrilador externo automático no suporte básico de vida. Rev Enfermagem Contemporânea, 37–50.
Sociedade Brasileira De Cardiologia. (2019). Atualização da Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. Arq Bras Cardiol. 2019 Oct 10;113(3):449-663. doi: 10.5935/abc.20190203.

ROTEIRO SIMULACAO SAMU DOCENTE

Participante	Simuladores
Transferir os pacientes e acompanhantes que necessitarem, conforme gravidade do caso.	O docente pergunta se os pacientes e acompanhantes foram transferidos e qual o estado de saúde deles.

ESTAÇÃO	COMUNICAÇÃO DE MÁ NOTÍCIA		
Duração do cenário	2 horas e 15 minutos	<i>Debriefing</i>	20 min
Fidelidade do cenário	<input type="checkbox"/> Baixa <input type="checkbox"/> Média <input checked="" type="checkbox"/> Alta		
Modalidade de simulação			
Nº de Participantes	2 estudantes		
Nº de Observadores	Professor		
Local	hall do bloco		
Descrição do ambiente			

Hall do Bloco		
Imagens do cenário		
Recursos humanos para condução do cenário		
✓ 4 estudantes		
Recursos materiais		
Material	Quant.	Observação
Maca	04	
Cadeira de roda	02	
telefone	01	
Moulage:		
Documentação		
Passagem de plantão para transferência de pacientes em decorrência de incidente no ambiente hospitalar.		
Informações para os participantes		
Serão todos os pacientes, acompanhantes e equipe das estações 1,2,3 e 4		
Roteiro da simulação		
Os participantes devem:		
<ul style="list-style-type: none"> • Deverão comunicar aos acompanhantes sobre o falecimento de seus entes queridos. 		
Fluxograma de tomada de decisão		
Não está disponível.		
Gabarito dos registros no Prontuário Eletrônico Simulado		
não se aplica		
Debriefing		
<p>1) Sumarizar a atividade de comunicação em más notícias, destacar as prioridades de atendimento na urgência e emergência e condutas esperadas.</p> <p>2) Perguntar aos participantes como foi o cenário e que ele/ela destaque os pontos positivos, ou seja, mencione o que fez corretamente e o que foi fácil de realizar; pedir ao participante que justifique suas ações. No primeiro momento, focar nos aspectos que foram apresentados de forma correta. O facilitador deve direcionar ou explorar os pontos centrais do cenário.</p> <p>O facilitador estimula o aluno a falar sobre suas emoções, como alegria, ansiedade, confusão, insegurança, confiança, atitude, habilidade, etc).</p>		

3) Após, perguntar ao participante voluntário o que ele/ela faria de diferente se entrasse novamente no cenário ou o que ele/ela achou mais desafiador. Ouvir o participante e conduzir a discussão; direcionar e explorar os pontos centrais do cenário estimulando que os próprios participantes respondam às perguntas uns dos outros.

4) O facilitador deve evitar transformar o *debriefing* em uma aula expositiva, mas não é impeditivo ajudar nas discussões.

5) Finalizar o *debriefing* pedindo aos participantes que realizem um resumo dos objetivos de aprendizagem aprendidos e percepções durante o *debriefing*.

Avaliação

Material complementar

Vídeos e protocolo disponíveis na página Simula 7 AMUVI no Prontuário Eletrônico Simulado www.simulaenfufpr.blogspot.com

Referências

American Heart Association. (2020). Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2020 para RCP e ACE. Disponível em: https://cpr.heart.org/-/media/cpr-files/cpr-guidelines-files/highlights/hghlghts_2020eccguidelines_portuguese.pdf. Acessado em: 07/11/2021

Brasil, Ministério da Saúde, & Secretaria de Atenção à Saúde. (2016). Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde.

Ferreira, M. M. de M., Costa, R. L. de L., & Menezes, R. O. M. (2014). O desfibrilador externo automático no suporte básico de vida. *Rev Enfermagem Contemporânea*, 37–50.

Sociedade Brasileira De Cardiologia. (2019). Atualização da Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. *Arq Bras Cardiol.* 2019 Oct 10;113(3):449-663. doi: 10.5935/abc.20190203.

ROTEIRO SIMULAÇÃO - COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS- DOCENTE

Participante	Simuladores
Comunicar o falecimento dos pacientes aos seus entes queridos.	O docente pergunta se os acompanhantes foram informados sobre o falecimento do paciente.

**Cenário 7 - Atendimento
Múltiplas Vítimas Intra Hospitalar
Ago/2022**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ROSEANE MÁRCIA DE SOUZA LIMA

AVALIAÇÃO DO *DEBRIEFING* EM CENÁRIO CLÍNICO SIMULADO DE
ATENDIMENTO A MÚLTIPLAS VÍTIMAS NO ÂMBITO HOSPITALAR COM
GRADUANDOS DE ENFERMAGEM

CURITIBA

2023