

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE (CCBS)  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**IZABELA MENEGHESSO**

**Contribuições do uso da técnica “olhos vendados” em simulação clínica: comunicação verbal de estudantes de enfermagem em situações de atendimento ao paciente crítico.**

**SÃO CARLOS- SP**

**2023**

IZABELA MENEGHESSO

Contribuições do uso da técnica “olhos vendados” em simulação clínica: comunicação verbal de estudantes de enfermagem em situação de atendimento ao paciente crítico

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Fernanda Berchelli Girão

SÃO CARLOS-SP

2023

Meneghesso, Izabela

Contribuições do uso da técnica "olhos vendados" em simulação clínica: comunicação verbal de estudantes de enfermagem em situação de atendimento ao paciente crítico / Izabela Meneghesso -- 2023.  
81f.

TCC (Graduação) - Universidade Federal de São Carlos,  
campus São Carlos, São Carlos  
Orientador (a): Fernanda Berchelli Girão  
Banca Examinadora: Diana Gabriela Mendes dos Santos,  
Vanessa A. M. Damasceno Piva  
Bibliografia

1. Simulação Clínica com uso da técnica "Olhos Vendados".. I. Meneghesso, Izabela. II. Título.

Ficha catalográfica desenvolvida pela Secretaria Geral de Informática  
(SIn)

DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Bibliotecário responsável: Ronildo Santos Prado - CRB/8 7325

Contribuições do uso da técnica “olhos vendados” em simulação clínica: comunicação verbal de estudantes de enfermagem em situação de atendimento ao paciente crítico

Fernanda Berchelli Girão

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal de São Carlos.

Aprovado em: 03/03/2023

### **BANCA EXAMINADORA**

---

#### **Orientador**

Fernanda Berchelli Girão  
Universidade Federal de São Carlos

---

#### **Membro da banca (1)**

Diana Gabriela Mendes dos Santos  
Universidade Federal de São Carlos

---

#### **Membro da banca (2)**

Vanessa A. M. Damasceno Piva  
Universidade Federal de São Carlos

## **DEDICATÓRIA**

Agradeço em primeiro lugar a Deus que me manteve resiliente, me amparou e iluminou meus caminhos durante toda essa jornada.

Agradeço a minha família por acreditar em mim e me sustentar até aqui, em especial a minha mãe por ser minha base, me fortalecer, por não medir esforços para que eu chegasse até aqui, por ser meu maior exemplo de dedicação. À minha segunda mãe, minha avó, Maria Teresa (In memoriam) por sempre acreditar em mim, pela preocupação e orações feitas durante todos esses anos, pelo amor, carinho e criação, espero seguir deixando a senhora orgulhosa.

Aos meus amigos, Vitória, Eduarda e Jonatas que se mantiveram presentes mesmo a quilômetros de distancias, compartilhando as dores, alegrias e tristezas, é um prazer tê-los comigo nessa jornada.

À minha república SobottaNelas, por partilhar e crescer comigo, por ser lar, por me proporcionar tanto sempre, com vocês as pausas entre um parágrafo e outro de produção me acalmaram, me orientaram e melhoraram tudo que tenho produzido.

A minha professora Fernanda Berchelli Girão, orientadora e amiga, por toda paciência, ensinamento e dedicação, você foi essencial no meu percurso, me mostrou as qualidades de uma boa profissional e docente.

A todos os meus professores que durante os anos de graduação moldaram a profissional que sou hoje, obrigada por compartilhar de tanto conhecimento.

A Universidade Federal de São Carlos que me proporcionou grandes oportunidades de crescimento pessoal e profissional, por se tornar lar por um período, por me acolher.

A todos aqueles que de alguma forma estiveram presente nesse percurso, afinal somos o conjunto de todas as experiências vividas.

Agradeço a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) pelo financiamento desta pesquisa sob processo 2020/03809-9.

## RESUMO

**Objetivo:** Verificar as contribuições do uso da técnica “olhos vendados” em simulação clínica na comunicação verbal e na autoconfiança de estudantes de enfermagem no atendimento ao paciente crítico em cenários clínicos simulados. **Método:** O estudo foi dividido em três fases, sendo a etapa 1: construção dos cenários clínicos simulados baseados em Taxonomia de Bloom, estruturado conforme Fabri et al. e as Diretrizes da American Heart Association. Na etapa 2: validação do checklist de avaliação dos participantes no cenário clínico simulado através de experts. Na etapa 3: desenvolvimento e oferta de oficina gratuita aos estudantes de graduação do curso de enfermagem, sobre assistência de enfermagem a pacientes em situações críticas, envolvendo capacitação teórica sobre a temática, treino de habilidade e participação nos cenários clínicos simulados. Como instrumento de análise foi aplicado dois instrumentos pré e pós intervenção, sendo eles o checklist de avaliação de conhecimento, habilidades e atitudes em Ressuscitação Cardiopulmonar e a escala “Self-confidence Scale (SCE)” versão português. **Resultados:** Em relação à primeira etapa da pesquisa, foram construídos cinco cenários clínicos simulados. Na segunda etapa participaram ao todo 17 experts, através da técnica de Delphi, após duas rodadas de validação, foi desenvolvido e validado o checklist de avaliação dos participantes nos cenários clínicos simulados. A terceira etapa, referente ao treino de habilidades e realização da simulação clínica e cenários simulados e aplicação dos instrumentos pré e pós intervenção, mostraram que a média dos acertos após a simulação é significativamente diferente da média dos acertos pré-simulação, assim os indivíduos apresentaram ganhos de conhecimento e confiança entre os dois momentos da pesquisa. **Conclusão:** A simulação somada à técnica dos olhos vendados e o treinamento de habilidades, podem colaborar para o desenvolvimento de habilidades requeridas durante o atendimento ao paciente crítico, como a comunicação e liderança. **Palavras –chave:** Simulação; Estudantes de Enfermagem; Terapia Intensiva; Cuidados Críticos; Parada Cardiorrespiratória.

## ABSTRACT

**Objective:** To verify the contributions of the use of the "blindfolded eyes" technique in clinical simulation on verbal communication and self-confidence of nursing students in critical patient care in simulated clinical scenarios. **Method:** The study was divided into three stages, stage 1: construction of simulated clinical scenarios based on Bloom's Taxonomy, structured according to Fabri et al. and the American Heart Association Guidelines. In step 2: validation of the checklist for evaluation of the participants in the simulated clinical scenario by experts. In step 3: development and offering of a free workshop to undergraduate nursing students, about nursing care to patients in critical situations, involving theoretical training on the theme, skill training and participation in simulated clinical scenarios. As instrument of analysis, two instruments were applied pre and post intervention, being them the checklist of evaluation of knowledge, skills and attitudes in Cardiopulmonary Resuscitation and the scale "Self-confidence Scale (SCE)" Portuguese version. **Results:** In relation to the first phase of the research, five simulated clinical scenarios were built. In the second phase, a total of 17 experts participated through the Delphi technique, and after two rounds of validation, the checklist for evaluating the participants in the simulated clinical scenarios was developed and validated. The third stage, referring to the training of skills and performance of the clinical simulation and simulated scenarios and application of the instruments pre and post intervention, showed that the mean of correct answers after the simulation is significantly different from the mean of correct answers pre-simulation, thus the individuals presented gains in knowledge and confidence between the two moments of the research. **Conclusion:** The simulation added to the blindfold technique and the skills training can collaborate to the development of skills required during the critical patient care, such as communication and leadership.

**Key-words:** Simulation; Nursing Students; Intensive Care; Critical Care; Cardiac Arrest.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Estudante na função de líder com olhos vendados e demais estudantes como membros da equipe no cenário clínico simulado 1. São Carlos, 2023. ....	15
Figura 2: Estudante na função de líder com olhos vendados e demais estudantes como membros da equipe no cenário clínico simulado 2. São Carlos, 2023. ....	15
Figura 3: Estudante na função de líder com olhos vendados e demais estudantes como membros da equipe no cenário clínico simulado 3. São Carlos, 2023. ....	16
Figura 4: Estudante na função de líder com olhos vendados e demais estudantes como membros da equipe no cenário clínico simulado 4. São Carlos, 2023. ....	16
Figura 5: Estudante na função de líder com olhos vendados e demais estudantes como membros da equipe no cenário clínico simulado 5. São Carlos, 2023. ....	17

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Gráfico de densidade de acertos totais pré e pós intervenção .....	18
Gráfico 2- Box-plot acertos totais pré e pós intervenção .....	19
Gráfico 3- Resultados pareado por indivíduos pré e pós intervenção .....	19
Gráfico 4- Gráfico de densidade de acertos pré e pós intervenção.....	20
Gráfico 5- Box-plot acertos totais pré e pós intervenção .....	21
Gráfico 6- Resultados pareado por indivíduos pré e pós intervenção .....	22
Gráfico 7- Resultados pareado por indivíduo pré e pós-intervenção para Self-confidence Scale .....	22
Gráfico 8- Proporção da avaliação dos líderes nas dimensões 1 e 2 no cenário 1 de simulação.....	24
Gráfico 9- Proporção da avaliação dos líderes nas dimensões 2 e 3 no cenário 2 de simulação .....	24
Gráfico 10- Proporção da avaliação dos líderes nas dimensões 1 a 3 no cenário 3 de simulação .....	25
Gráfico 11- Proporção da avaliação dos líderes nas dimensões 1 a 3 no cenário 4 de simulação .....	25
Gráfico 12- Proporção da avaliação dos líderes nas dimensões 1 a 4 no cenário 5 de simulação .....	26

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição dos índices relativos às considerações dos avaliadores para cada dimensão.....	12
Tabela 2- Análise estatística das dimensões e coeficiente de consistência interna de Cronbach do checklist de avaliação dos estudantes em cenário simulado.....	14
Tabela 3- Análise descritiva dos acertos pré e pós simulação.....	17
Tabela 4- Análise descritiva dos acertos pré e pós-intervenção – escala de confiança.....	20
Tabela 5- Resultados do teste de classificação sinalizada de Wilcoxon com correção de continuidade nos diferentes momentos do estudo.....	23

## **LISTA DE SIGLAS**

IES- Instituições de Ensino Superior

PCR- Parada Cardiorrespiratória

TCLE- Termo de Consentimento Livre Esclarecido

IVC- Índice de Validação de Conteúdo

UFSCAR- Universidade Federal de São Carlos

SCE- Self-confidence Scale

SBV- Suporte Básico de Vida

SAV- Suporte Avançado de Vida

AHA- American Heart Association

USS- Unidade de Simulação em Saúde

SPSS- Statistical Package for the Social Science

FV- Fibrilação Ventricular

TV- Taquicardia Ventricular sem pulso

UPA- Unidade de Pronto Atendimento

DEA- Desfibrilador Externo Automático

AESP- Atividade Elétrica Sem Pulso

RCP- Ressuscitação Cardiopulmonar

INACSL- International Nursing Association of Clinical and Simulation Learning

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
1.1. A comunicação como competência na formação em Enfermagem.....	1
1.2. A Simulação Clínica para o desenvolvimento e avaliação da comunicação na formação em enfermagem .....	2
1.3. A Técnica “olhos vendados” para o desenvolvimento da comunicação de estudantes em cenários simulados.....	3
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	<b>3</b>
2.1 Objetivo Geral .....	3
2.2 Objetivos Específicos .....	3
<b>3. MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	<b>4</b>
3.1. Aspectos éticos e legais .....	4
3.2. Desenho, local do estudo e período. ....	4
3.3. População, amostra, critérios de inclusão e exclusão. ....	4
Etapa 1: Desenvolvimento dos cenários clínicos simulados. ....	5
Etapa 2: Validação do <i>checklist</i> de avaliação dos participantes no cenário clínico simulado. ....	5
Etapa 3: Oficina com cenários simulados sobre assistência de enfermagem a pacientes em situações críticas .....	6
3.4. Análise e tratamento dos dados .....	8
<b>4. RESULTADOS</b> .....	<b>9</b>
4.1. Desenvolvimento dos cenários clínicos simulados. ....	9
4.2. Validação do <i>checklist</i> de avaliação dos participantes no cenário clínico simulado. ....	9
<b>5. DISCUSSÃO</b> .....	<b>26</b>
<b>6. CONCLUSÃO</b> .....	<b>29</b>
<b>7. REFERÊNCIA</b> .....	<b>30</b>
<b>8. APÊNDICES</b> .....	<b>34</b>

## SUMÁRIO

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE) (EXPERTS) (Resolução 466/2012 do CNS).....	34
APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE) (ESTUDANTES) (Resolução 466/2012 do CNS).....	37
APÊNDICE C- CHECKLIST DE AVALIAÇÃO DOS ESTUDANTES NOS CENÁRIOS SIMULADOS VERSÃO INICIAL (ANTES DA VALIDAÇÃO).....	41
APÊNDICE D- FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO BIOGRÁFICA E PROFISSIONAL EXPERTS.....	46
APÊNDICE E- FOLDER DE DIVULGAÇÃO .....	48
APÊNDICE F- FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO BIOGRÁFICA E PROFISSIONAL (ESTUDANTES).....	48
APÊNDICE G- CHECKLIST DE CONHECIMENTO, HABILIDADE E ATITUDES EM RCP DE PACIENTES ADULTOS .....	51
APÊNDICE H- ESCALA “SELF-CONFIDENCE SCALE (SCE)” VERSÃO PORTUGUESA.....	59
APÊNDICE I: Cenário 1: Atendimento ao paciente em Fibrilação Ventricular (FV) em ambiente hospitalar.....	60
APÊNDICE J: Cenário 2: Atendimento ao paciente em Taquicardia Ventricular sem pulso (TV) em ambiente hospitalar.....	64
APÊNDICE K: Cenário 3: Atendimento ao paciente em FV na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com o uso do DEA .....	69
APÊNDICE L: Cenário 4: Atendimento ao paciente em Assistolia em domicílio pela equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. ....	73
APÊNDICE M: Cenário 5: Atendimento ao paciente em caso Atividade Elétrica sem Pulso (AESP) em choque hemorrágico pós trauma em ambiente hospitalar .....	77

## 1. INTRODUÇÃO

Mundialmente, tem se constituído inúmeras discussões sobre as necessidades de mudanças nas metodologias de todos os cursos de ensino superior em saúde. Em meio a esse contexto, no Brasil especificamente a formação do profissional enfermeiro tem apresentado inúmeras fragmentações no processo de ensino e aprendizagem, evidenciando cada vez mais a necessidade de transformações e de adequações por parte das Instituições de Ensino Superior (IES). Em grande parte destas, os estudantes de enfermagem estão recebendo uma formação mecanizada, técnica, fragmentada e descontextualizada entre a teoria e a prática, enquanto, as demais competências têm sido abordadas de maneira menos objetiva (BARAUSOL; POLI, 2014).

Assim, alguns conteúdos abordados nesta formação profissional podem ainda apresentar outras limitações. A dificuldade enfrentada pelas as IES em encontrar locais para o desenvolvimento de prática clínica dos estudantes é recorrente, principalmente campos clínicos que oportunizam os cuidados do paciente em situação críticas, o que também é uma limitação encontrada na abordagem teórica do tema (MORAIS FILHO et al., 2017).

### 1.1. A comunicação como competência na formação em Enfermagem

A formação do profissional enfermeiro tem apresentado grandes segmentações no processo de ensino e aprendizagem, grande parte dos estudantes obtêm uma formação tecnicista e mecanicista, competências como liderança e comunicação, não recebem uma abordagem tão significativa, o resultado se apresenta nas limitações para o desenvolvimento da prática clínica, como por exemplo no atendimento ao paciente em estado crítico. (BARAUSOL; POLI, 2014; MORAIS FILHO et al., 2017).

O paciente em situações críticas demanda de um raciocínio clínico rápido, atenção redobrada e um cuidado mais complexo que necessita de habilidades avançadas, para isso o profissional deve estar devidamente preparado para atuar nesses cenários. Porém, a realidade vivenciada é de profissionais com uma formação carente de ensino que os introduzem, desde cedo, em áreas de atendimento de maior complexidade. Consequência disso são profissionais inseguros e com capacidades de resolução de casos clínicos reduzida (MIRANDA; MAZZO, PEREIRA JUNIOR, 2018).

Entre as variadas competências profissionais que compõem uma equipe de assistência a pacientes críticos, a comunicação se destaca por ser uma competência determinante no desfecho clínico do paciente, visto que estes serviços necessitam de profissionais capazes de mobilizar variados conhecimento e habilidades para promoverem respostas rápidas e eficazes

na intervenção que será realizada (RAMOS, 2022). Na formação em enfermagem a comunicação é parte integrante, trata-se de um componente fundamental da rotina assistencial profissional e das relações humanas. (REIS et al., 2018).

Estudos revelam que a comunicação é uma competência essencial para o desenvolvimento de liderança e deve ser entendida como uma das habilidades transversais para a formação profissional do enfermeiro. O graduando em enfermagem deve entender e usar conceitos, técnicas e práticas para auxiliar na melhoria da qualidade do serviço a ser prestado, minimizando possíveis erros e lacunas durante a transmissão dos cuidados. (DGS, 2017b).

Isso leva a reflexão sobre o panorama mundial na formação em enfermagem, demonstrando inúmeras fragilidades, tornando-se necessário a ocorrência de modificações do aprender clínico e a diversificação dos cenários de aprendizagem (SOUZA; SILVA; SILVA, 2018; PAGANO, 2016; GOÉS et., 2017). Um contexto educacional idealizado sugere o uso de estratégias e metodologias ativas no processo de ensino e aprendizagem, com o envolvimento ativo do estudante e a integração dos conteúdos teóricos e práticos (SOUZA; SILVA; SILVA, 2018). Nesse sentido, a simulação clínica pode ser uma ferramenta capaz de contribuir positivamente com esse contexto (GÓES et al., 2017).

## **1.2. A Simulação Clínica para o desenvolvimento e avaliação da comunicação na formação em enfermagem**

A simulação clínica se caracteriza como um dos métodos que vem sendo utilizado para desenvolver capacidades e avaliar o aprendiz, sendo definida como atividades ou eventos que replicam o ambiente da prática clínica (TYERMAN et al., 2019).

Permite ao aluno a oportunidade de lapidar suas habilidades e de obter conhecimentos, de treinar, relembrar e repetir as mais diversas intervenções quantas vezes julgar necessário, o que minimiza o risco dos incidentes beira leito, no momento da instabilidade do paciente (LEIGH, 2008; MARTINS et al., 2012; GABA, 2004; ALMEIDA RGS et al, 2019).

A literatura evidencia que a simulação clínica vem sendo utilizada em diferentes contextos para o desenvolvimento da comunicação. No estudo desenvolvido por Góes et al (2017) os cenários para desenvolver as habilidades de comunicação de estudantes do último ano de graduação em enfermagem utilizou o recurso de pacientes simulados. O estudo de revisão da literatura de Negri et. al (2017) identificou os ganhos percebidos por graduandos de enfermagem com o uso da dramatização em cenários simulados. Entre diversos ganhos, o desenvolvimento de habilidades de comunicação assumiu maior destaque nos estudos analisados. Graminha (2019) construiu e validou um cenário simulado para ensino – aprendizagem de estudantes de enfermagem sobre a comunicação no aleitamento materno.

### **1.3. A Técnica “olhos vendados” para o desenvolvimento da comunicação de estudantes em cenários simulados.**

Entre as variadas técnicas e modalidades usadas dentro da prática de simulação clínica, a técnica “olhos vendados” vem sendo desenvolvida em vários estudos internacionais, com ênfase na graduação dos alunos de medicina (HUGHES P.G, HUGHES K.E, AHMED, 2019). A técnica “olhos vendados” tem por objetivo intensificar outros sentidos, como a escuta. No estudo de Ahmed (2018), ao remover o sentido de visão dos participantes na função de líder, o cérebro era forçado a exercitar outros sentidos, ou seja, ao retirar o sentido de visão e todas as pistas visuais em um cenário de parada cardiorrespiratória (PCR), os estudantes são forçados a aprimorar e potencializar habilidades de comunicação e liderança. Demais estudos como o de Buyck et al (2019) trazem evidências positivas de tal técnica em simulação pediátrica; é possível observar melhora na comunicabilidade, aprimoramento das habilidades de liderança e uma escuta qualificada.

Apesar de grande parte dos estudos publicados nessa temática envolverem o profissional médico como o líder principal na comunicação das condutas do atendimento, destacamos a importância do início do desenvolvimento dessas competências durante a formação profissional do enfermeiro. Sendo assim, a produção de estudos que visem a implementação da técnica de “olhos vendados” dentro de ambientes simulados, deve ser estimulada no Brasil (OLIVEIRA et al., 2014).

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Verificar as contribuições do uso da técnica “olhos vendados” em simulação clínica na comunicação verbal e na autoconfiança de estudantes de enfermagem no atendimento ao paciente crítico em cenários clínicos simulados.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Construir cenários simulados de atendimento ao paciente em Parada Cardiorrespiratória;
- Validar com experts na temática o *checklist* construído para avaliar os participantes dos cenários clínicos simulados;
- Analisar a comunicação de estudantes de Graduação em Enfermagem em uso da técnica “olhos vendados” no papel de líder de equipe durante o atendimento simulado ao paciente em Parada Cardiorrespiratória;

- Avaliar o conhecimento dos estudantes pré e pós intervenção simulada e técnica “olhos vendados” durante o atendimento ao paciente em Parada Cardiorrespiratória;
- Avaliar a autoconfiança de estudantes de Graduação em Enfermagem em situações críticas antes e após a atividade clínica simulada.

### **3. MATERIAIS E MÉTODOS**

#### **3.1. Aspectos éticos e legais**

De acordo com as normas contidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012), este projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos e aprovado sob parecer consubstanciado 4.139.590. Na fase de coleta de dados todos os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A e APÊNDICE B) em duas vias, sendo uma via disponibilizada ao participante e outra via mantida com o pesquisador, foi garantido a participação voluntária e a interrupção em qualquer fase da pesquisa, o anonimato dos sujeitos e confidencialidade dos dados obtidos.

#### **3.2. Desenho, local do estudo e período.**

Estudo quase-experimental, quantitativo, descritivo e transversal que foi desenvolvido no ano de 2021 na Unidade de Simulação em Saúde da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar. A unidade de Unidade de Simulação em Saúde possui 1.390m<sup>2</sup> de área construída, conta com unidade ambulatorial, sala de urgência, enfermaria (internação), centro cirúrgico e cenários que representam domicílios todos equipados com manequins e aparelhos que simulam a realidade dos atendimentos nos diversos contextos da atuação em saúde.

#### **3.3. População, amostra, critérios de inclusão e exclusão.**

Foi oferecida uma oficina aos estudantes matriculados entre o 7º ao 9º semestre do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, que já tivessem cursado ou estivessem cursando a Disciplina Atenção à Saúde do Adulto e que concordaram em participar da pesquisa. Foram incluídos os estudantes que concordaram em participar de todas as fases da pesquisa e responderam os instrumentos.

Para o alcance dos objetivos propostos a pesquisa foi desenvolvido nas seguintes etapas:

### **Etapa 1: Desenvolvimento dos cenários clínicos simulados.**

O planejamento dos cenários foi baseado na Taxonomia de Bloom (FERRAZ; BELHOT, 2010). A taxonomia elenca os objetivos de processos educacionais em três domínios: cognitivo, afetivo e psicomotor. Os cenários clínicos simulados foram construídos conforme referencial de Fabri et al. (2017) e os casos clínicos e condutas conforme as Diretrizes da AHA (2015-2020).

### **Etapa 2: Validação do *checklist* de avaliação dos participantes no cenário clínico simulado.**

Nessa etapa validou-se com *experts* o *checklist* de avaliação dos participantes nos cenários clínicos simulados- versão inicial (APÊNDICE C) de avaliação dos participantes dos cenários.

Para essa etapa foi recomendado que a avaliação fosse feita por profissionais especializados na área temática. Fehring (1994) relata que é comum as dificuldades encontradas na obtenção de peritos em relação ao tema que está sendo testado, não havendo um número mínimo ou exato de *experts*. O autor ressalta que evidências de expertise com conhecimento específico sobre o tema de interesse devem ser abordadas, tais como anos de experiência na prática clínica; pesquisas e artigos desenvolvidos ou publicados na área de interesse; eventos assistidos e cursos completos relevantes para o tema de interesse estudado (MEDEIROS, 2012).

Assim nesse estudo, os profissionais foram incluídos para participarem de acordo com o referencial adaptado de Fehring (1987), para a seleção dos mesmos foi considerado a necessidade de serem profissionais enfermeiros, com pelo menos 1 ano de experiência na assistência clínica, que possua certificado de prática clínica (especialização) na área de interesse do estudo ou titulação de mestre com dissertação na área de interesse do estudo ou tese de doutorado na área do estudo, publicação de pesquisa relevante para a área de interesse e publicação de artigo sobre o tema em periódico de referência. Para ser considerado *expert* o participante apresentou pelo menos um dos itens mencionados acima.

Para a seleção dos *experts* foi utilizada a técnica “bola de neve” (*snowball technique*) (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011; OLIVEIRA, 2008). Para Polit, Beck e Hungler (2011) a obtenção de uma amostra por essa técnica consiste em solicitar aos membros iniciais da amostra para que indiquem outras pessoas que atendam aos critérios de inclusão para a composição da amostra de pesquisa. Essa abordagem permite a um participante indicar uma

outra pessoa a ser participante que, por sua vez, indicará o próximo, sendo que todos deverão possuir características comuns de interesse da pesquisa, e assim por diante, até se montar grupo de *experts* para a amostra da pesquisa (OLIVEIRA, 2008). Neste estudo, para dar início ao recrutamento através da técnica, selecionamos um docente da universidade e do departamento (informante-chave) que aconteceu o estudo, no qual foi realizado por via eletrônica o convite para participação do estudo e a gentileza de nos informar o nome e endereço eletrônico de outros profissionais que atendam aos critérios de inclusão do estudo, através deste dado, os convites foram encaminhados via e-mail, esclarecendo o objetivo da pesquisa a cada um deles. Durante o processo de validação ao *expert* foi apresentado o *checklist* versão inicial e o mesmo respondeu uma escala de concordância com informações sobre a aparência e conteúdo. Nessa fase de validação de aparência e conteúdo, foi utilizada a Técnica Delphi, cujo objetivo é obter um máximo de concordância de um grupo de especialistas sobre um determinado tema (SCARPARO et al., 2012).

Os *experts* responderam um formulário de caracterização biográfica e profissional (APÊNDICE D), além de assinarem o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) que será enviado (APÊNDICE A). Para as contribuições descritivas pelos *experts*, foi realizada a análise de conteúdo (OLIVEIRA, 2008). Após a organização dos dados, foi realizada uma análise criteriosa das considerações e sugestões realizadas pelos *experts* e o cálculo do Índice de Validação de Conteúdo (IVC) para aferir a concordância dos juízes quanto à representatividade de cada item. Para o cálculo do IVC foi considerado as possibilidades de “concordância” quando não houver qualquer alteração ou sugestão e de “discordância” para qualquer alteração ou sugestão realizada pelo perito. Para esse estudo foi considerado como aceitável para o cálculo do IVC o índice mínimo de 0,80 para cada item do quadro (OLIVEIRA et al., 2015; POLIT; BECK, 2011).

### **Etapa 3: Oficina com cenários simulados sobre assistência de enfermagem a pacientes em situações críticas**

Nessa etapa, foi desenvolvido e oferecido aos estudantes de graduação em enfermagem uma oficina gratuita sobre assistência de enfermagem a pacientes em situações críticas. Foi realizada a divulgação da oficina por meio de vias eletrônicas com a divulgação de um folder (APÊNDICE E), contendo informações para inscrição na prática, com um endereço eletrônico para a realização das inscrições via *Google Forms*. Houve um limite máximo de inscrições para 25 alunos e todos os inscritos previamente a oficina receberam por via eletrônica material e referências para estudo.

Realizou o evento em seis dias na Unidade de Simulação em Saúde da Universidade Federal de São Carlos- UFSCar, devido às restrições do número de estudantes dentro da Unidade de Simulação em função da COVID-19. No primeiro momento, os estudantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) e após preencheram um instrumento para caracterização biográfica e profissional (APÊNDICE F), via eletrônica. Ocorreu também a aplicação de um *checklist* de pré teste escrito sobre conhecimento, habilidade e atitudes em RCP de pacientes adultos (APÊNDICE G) e aplicação da Escala “*Self-confidence Scale (SCE)*”, versão portuguesa (SCSvp) (MARTINS et al., 2014) (APÊNDICE H).

Após os estudantes foram capacitados através de uma aula online teórica sobre o Suporte Básico de Vida (SBV) e Suporte Avançado de Vida (SAV) conforme a *American Heart Association (AHA)* de 2015-2020; diretriz seguida no país para condução do atendimento em RCP.

No segundo momento, os estudantes participaram do treinamento de habilidades e em seguida, dos cenários clínicos simulados no qual todos os estudantes inscritos no evento participaram, para cumprir as normas da COVID-19 sob a Unidade de Simulação da Universidade, foi preciso reduzir o número de estudantes por dia, pois havia restrições de pessoas e tempo de atividades, os grupos participantes foram divididos em cinco dias distintos.

Foram desenvolvidos cinco cenários simulados com diferentes casos clínicos que evoluíram em instabilidade hemodinâmica e parada cardiorrespiratória do paciente. Todos os cenários foram desenvolvidos com diferentes casos clínicos, em diferentes setores da Unidade de Simulação em Saúde (USS) da Universidade. Cada cenário contou com 1 grupo com cinco alunos cada, acompanhados por 1 facilitador e 1 avaliador. As equipes foram formadas aleatoriamente, por meio de sorteio no início de cada cenário e identificadas por cores e placas (verde para o líder e branco para os membros da equipe). Assim, cada cenário simulado contou com um grupo que tinha um líder e os demais integrantes sendo membros da equipe, conforme ocorre a mudança de cenário, ocorre também a mudança da liderança entre os integrantes do grupo, dando a possibilidade de todos os cinco participantes de cada grupo serem líderes da equipe.

Em cada cenário, o líder permaneceu com os olhos vendados por uma faixa, e de costas para o cenário simulado, assim não houve nenhuma possibilidade do líder enxergar o cenário de assistência, sendo necessário a utilização da comunicação para conduzir a assistência da equipe. Ao final do *workshop* todos os vinte e cinco participantes da pesquisa passaram pelo papel de líder.

Sendo assim, cada cenário teve a durabilidade de cerca de 45 minutos, sendo distribuídos em cerca de 10 minutos para o *pré-briefing*, 5 minutos para *briefing*, 15 minutos de para o desenvolvimento do cenário simulado e 15 minutos para o *debriefing*. Em cada cenário simulado houve uma equipe de cinco alunos, sendo que destes, quatro alunos foram direcionados para desenvolverem a assistência da RCP ao paciente e um aluno que desenvolveu o papel de líder. Os objetivos de cada cenário direcionaram a avaliação da comunicação entre o líder e os membros da equipe durante o atendimento de acordo com o desfecho esperado para cada caso clínico. As condutas a serem desenvolvidas foram direcionadas pelo líder de acordo com a AHA (2020).

No *pré-briefing* todos os alunos receberão a explicação sobre o cenário simulado e o método de olhos vendados. O estudante escolhido para ser líder será vendado e posicionado virado de costas para a equipe que ficará responsável pela intervenção. Esta posição assegura a falta de visualização do cenário e força o líder da equipe a falar alto e claramente. Os outros quatro estudantes da equipe desenvolveram o atendimento, estes devem anunciar seus nomes e funções. Eles só podem executar ordens explícitas e claras direcionadas a eles pelo nome. Se por acaso o líder da equipe que está com os olhos vendados falar que é necessário uma ação mas nenhuma pessoa específica for identificada para executar essa tarefa, ela não será concluída. O líder da equipe poderá fazer perguntas como sobre os sinais e sintomas clínicos e monitorização do paciente.

Após participarem de todas as etapas dos cenários os estudantes responderam o *Checklist* de pós teste escrito sobre conhecimento, habilidades e atitudes em RCP de pacientes adultos (APÊNDICE G) e a Escala “*Self-confidence Scale (SCE)*”, versão portuguesa (SCSvp) (MARTINS et al., 2014) (ANEXO A).

### **3.4. Análise e tratamento dos dados**

Buscou-se tabular como resultados no programa *Microsoft Excel* o índice de concordância através da média ponderada referentes aos escores atribuídos pelos experts na validação do cenário. Para esse estudo foi considerado como aceitável para o cálculo do Índice de Validação de Conteúdo (IVC) o índice mínimo de 0,80 para cada item do quadro (OLIVEIRA et al., 2015; POLIT; BECK, 2011). Os dados quantitativos obtidos na fases foram analisados, por meio dos instrumentos que receberam codificação e digitação duplamente no SPSS (*Statistical Package for the Social Science*), versão 23, analisados por estatística descritiva e apresentados na forma de tabelas e relatórios discursivos, utilizados para sumarizar e organizar os dados

obtidos, através de distribuição de frequências e frequência relativa no referente às características sociodemográficas, aos questionamentos e dúvidas advindas de todas as fases.

#### **4. RESULTADOS**

A fim de facilitar a interpretação dos resultados, estes foram divididos nas três etapas descritas no método e serão apresentados a seguir.

##### **4.1. Desenvolvimento dos cenários clínicos simulados.**

Como resultados da etapa 1 objetivamos a produção de cinco cenários simulados, sendo eles Cenário 1: Atendimento ao paciente em Fibrilação Ventricular (FV) em ambiente hospitalar (APÊNDICE I); Cenário 2: Atendimento ao paciente em Taquicardia Ventricular sem pulso (TV) em ambiente hospitalar (APÊNDICE J); Cenário 3: Atendimento ao paciente em FV na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com o uso do DEA (APÊNDICE K); Cenário 4: Atendimento ao paciente em Assistolia em domicílio pela equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (APÊNDICE L) e por fim o Cenário 5: Atendimento ao paciente em caso Atividade Elétrica sem Pulso (AESP) em choque hemorrágico pós trauma em ambiente hospitalar (APÊNDICE M), todos testados previamente por cinco estudantes convidados para essa finalidade, não incluídos na amostra. Todos os cenários foram construídos conforme Taxonomia de Bloom (FERRAZ; BELHOT, 2010) e os casos clínicos e condutas conforme a American Heart Association (AHA-2015-2020).

##### **4.2. Validação do *checklist* de avaliação dos participantes no cenário clínico simulado.**

Na etapa 2, ocorreu a validação do checklist construído para a avaliação dos participantes nos cenários clínicos simulados. O checklist versão final (APÊNDICE N) foi organizado por dimensões, ao todo foram construídas cinco dimensões cada um referente a uma fase do atendimento a uma Parada Cardiorrespiratória (PCR), com um número de itens específicos e com respostas de 1 a 4, sendo 1- “A comunicação foi realizada, bem feita, no momento certo”, 2-” A comunicação foi realizada, bem feita, com pequeno atraso ou pequenas imprecisões”, 3-” A comunicação foi realizada com erros e atraso” e 4- “A comunicação não realizada”.

Em relação ao processo de validação, dos 44 convites enviados aos potenciais experts, participaram desse processo de validação na primeira rodada 18 experts, enquanto que na segunda houve a participação de 17 (100%) experts, com perda de um expert por não devolução do instrumento em tempo hábil. Do total de experts 9 (52,94%) representam o sexo feminino,

enquanto 8 (47,06%) o sexo masculino; a maioria 10 (58,82%) possuem como titulação máxima o Doutorado, 4 (23,53%) Mestrado Acadêmico, 1 (5,88%) Mestrado Profissional, 1 (5,88%) Especialização em urgência e emergência e por fim 2 (11,76%) Graduação. Em relação à área de atuação profissional atual, 11 (64,71%) relataram atuar na área de ensino pública, 6 (35,30%) na área de ensino privado e 2 (11,76%) em outras áreas como a atuação assistencial, é válido ressaltar que nesses itens havia a possibilidade de escolha de mais de uma opção como resposta. Do total de participantes, 16 (94,12%) afirmaram experiência assistencial/gerencial no atendimento a pacientes em situações críticas, enquanto 1 (5,88%) relata que não possui, assim como quando questionados se possuíam experiência com uso de simulação clínica no ensino/capacitação de estudantes e/ou profissionais da saúde 16 (94,12%) experts afirmaram positivamente, enquanto 1 (5,88%) respondeu não possuir tal experiência. Sobre publicação científica em comunicação em enfermagem em situações críticas 14 (82,35%) afirmam que não possuem, enquanto 3 (17,65%) afirmam positivamente; já sobre publicações de pesquisa científica sobre simulação clínica, 11 (64,71%) afirmaram possuir e 6 (35,29%) relatam não ter publicações de pesquisa nessa temática.

A técnica Delphi foi realizada em duas rodadas. Os resultados do IVC foram 0,89 em ambas as rodadas, do conjunto dos itens avaliados, o checklist inicial contempla o Apêndice B. Destaca-se que mesmo alguns itens alcançando níveis satisfatórios, com IVC superior a 0,8, foram reavaliados e reestruturados, procurando torná-los mais claros e compreensíveis, com base nas recomendações dos avaliadores. Com o intuito de facilitar a escrita e preservar as identidades dos indivíduos que compõem o grupo de experts, esses serão chamados de E1, E2 e assim sucessivamente.

Na primeira rodada, foram realizadas alterações em todas as dimensões do checklist, seguindo as recomendações dos juízes. Após realizar todas as modificações consideradas pertinentes, o instrumento foi reenviado aos 18 avaliadores para nova avaliação, no segundo ciclo de Delphi o retorno foi de 17 avaliadores, realizando uma nova reestruturação dos itens das dimensões. A dimensão 1- abordava sobre a “segurança do local” composta por um item, atingiu IVC 1,0 na primeira rodada Delphi, porém foram feitas observações consideradas importante como descritas nas falas de E1 “...existe a possibilidade de conter riscos que devem ser identificados pelo líder e comunicados à equipe, de preferência, antes do início do atendimento”, outras colocações foram referentes ao checklist como um todo e abordava sobre espaço para feedback em todas as dimensões do checklist, layout e a inserção da opção “não se aplica” como resposta, se caracterizando como a quinta resposta possível do checklist. Na

segunda rodada da Técnica de Delphi, a dimensão não apresentou nenhuma observação e seu IVC foi de 1,0.

A dimensão 2 contemplou a “Avaliação da responsividade da vítima e reconhecimento da PCR”, composta inicialmente por quatro itens, apresentou IVC de 0,94 na primeira rodada da Técnica de Delphi, mesmo sendo bem avaliada a dimensão contou com alguns apontamentos dos experts em relação a escrita como ordem das palavras, correção de erros ortográficos, troca de termos de “gasping” por “respiração agônica” e divisão de um item da dimensão a fim de facilitar o entendimento do avaliador. Após as alterações solicitadas pelos experts e revisão da literatura, ocorreu a reformulação da dimensão que passou então a ser composta por oito itens e na segunda rodada Delphi apresentou IVC de 0,88, valor inferior a primeira rodada, mas ainda dentro dos parâmetros considerados aceitáveis ( $IVC > 0,80$ ).

A dimensão 3 discorreu sobre “Compressões torácicas, monitorização de ritmo cardíaco e uso do desfibrilador”, a priori era composta por oito itens, após a primeira rodada da Técnica de Delphi seu IVC apresentou o valor de 0,77 e contou com contribuições descritivas dos experts. Diante disso, a dimensão sofreu alterações na escrita, no número e ordem dos itens, o E1 sugeriu “O líder e direciona pelo nome o responsável por buscar o carrinho de emergência, junto com o DEA, e monitorizar o paciente”, assim como o E17 “A solicitação de buscar o DEA deve ser feita juntamente com o pedido de ajuda, na etapa anterior”, assim como alterações das informações referentes a número de compressões, ventilações, tempo de revezamento e medicação, o E14 “... orientações específicas sobre as compressões torácicas como frequência, profundidade... Incluir a informação que o revezamento...”. Após a segunda rodada da Técnica Delphi, o IVC da dimensão apresentou valor de 0,94 e número total de 16 itens após as reformulações.

A dimensão 4 retratou sobre “Assistência a via aérea e respiratória” composta inicialmente por 4 itens e com valor de IVC 0,88 na primeira rodada da Técnica de Delphi. Perante as considerações realizadas na dimensão anterior, acreditamos ser válido a junção da assistência ventilatória a compressões torácicas, uma vez que ambas acontecem em sequência no Suporte Básico de Vida, para isso foi necessário realizar algumas mudanças identificadas na avaliação do checklist como troca de termos E4 “via aérea patente - talvez seja melhor colocar via aérea pérvia. Usar termos mais claros, comuns”, informações sobre o posicionamento correto e vedação da máscara como bem pontua o E1 “... vedação da máscara para evitar escapes durante as ventilações.”, assim como a garantia de ligação entre dispositivos e sistema de oxigenação E6 “...garantir que o dispositivo de ventilação esteja ligado à rede de gases, sendo função do líder essa checagem”, todas as alterações feitas foram baseadas na

Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2013) e Atualização das Diretrizes da American Heart Association (AHA,2020). A partir disso a dimensão 4 passou a ser denominada de “Administração de medicação”, composta por 5 itens que abordam desde presença de acesso venoso, quais drogas utilizar durante a PCR e a sequência do seu uso. Após a segunda rodada da Técnica Delphi, ocorreram algumas modificações na escrita a fim de deixar os itens mais claros e objetivos, ao final a dimensão exibiu um total de 4 itens e o cálculo do IVC apresentou valor de 0,82, inferior ao da primeira rodada, mas ainda dentro dos padrões aceitáveis.

Por fim, a dimensão 5 “Possíveis causas em todas as modalidades de parada cardiorrespiratória”, formada por 2 itens e com valor de 0,88 IVC na primeira rodada da Técnica de Delphi, também sofreu transformações a partir das sugestões dos experts como E5 “Sugiro descrever o que são os 5Hs e 5Ts” e mudança do nome da dimensão E10 “... possíveis causas de PCR nos ritmos de assistolia e AESP”. Submetido a segunda rodada da Técnica de Delphi, obtivemos alguns apontamentos sobre escrita e os tratamentos realizados para os 5H's e 5T's, a partir da busca na literatura reestruturamos a quinta dimensão, ao final apresentou valor de IVC de 0,82, com os 13 itens relacionados a definição e os tratamentos das possíveis causas de PCR. Assim, os dados foram tabulados e analisados através da construção de um banco de dados em planilhas do aplicativo Microsoft Excel 2016®; a Tabela 1 apresenta a distribuição dos índices relativos às considerações dos avaliadores para cada dimensão em frequências simples e absolutas.

**Tabela 1. Distribuição dos índices relativos às considerações dos avaliadores para cada dimensão. São Carlos, 2023.**

	CONCORDO TOTALMENTE		CONCORDO PARCIALMENTE		DISCORDO PARCIALMENTE		DISCORDO PARCIALMENTE	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
DIMENSÃO 1	17	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0
DIMENSÃO 2	12	70,5	4	23,5	0	0,0	1	5,8

DIMENSÃO 3	8	47,0	8	47,0	1	5,8	0	0,0
DIMENSÃO 4	12	70,5	2	11,7	2	11,7	1	5,8
DIMENSÃO 5	11	64,7	3	17,6	2	11,7	1	5,8

Fonte: elaborada pela autora.

Em relação às considerações dos avaliadores, observamos na tabela 1 que todos 17 (100%) concordam plenamente com os itens abordados na dimensão 1. Enquanto que a dimensão 4 e 5 foram as que mais tiveram avaliações e considerações para alterações, sendo que ambas tiveram 11,7% dos avaliadores que discordaram parcialmente e 1 (5,8%) que discordou totalmente de cada uma delas. Além de calcular o IVC de todos os itens, verificou-se o Coeficiente Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ). O Coeficiente Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) é uma medida comumente utilizada de confiabilidade (ou seja, a avaliação da consistência interna dos questionários) para um conjunto de dois ou mais indicadores de construto (BLAND; ALTMAN, 1997). Os valores variam de 0 a 1,0; quanto mais próximo de 1, maior a confiabilidade entre os indicadores. O uso de medidas de confiabilidade, não garante unidimensionalidade ao questionário, mas assume que ela existe. A unidimensionalidade é uma característica de um conjunto de indicadores que tem apenas um conceito em comum (HAIR JUNIOR et al., 2005).

Na primeira rodada de Delphi, a estatística de confiabilidade pelo alfa de Cronbach foi de 0,365 que tomando por base o valor de alfa mínimo de 0,70 à 0,95, (TERWEE et al., 2007.) apresentava um índice de consistência interna baixa, que poderia significar que os itens medem construtos diferentes ou que as respostas às questões do instrumento são inconsistentes (KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010.). Após a segunda rodada técnica de Delphi, o checklist apresentou um alfa de Cronbach total de 0,77. A partir da Tabela 2, pode se observar que todas as dimensões colaboraram para um bom valor de alfa, sofrendo prejuízo se algum deles fosse excluído, com a exceção da dimensão 1, nesta dimensão todos os 12 avaliadores concordaram, o que zera a variância da dimensão. Por isso, os coeficientes de confiabilidade do checklist aumentam ligeiramente quando os esses itens dessa dimensão são eliminados. Não obstante, o checklist já tem um nível alto de confiabilidade, e essa variação não justifica a eliminação dessa dimensão para fortalecer o checklist. Por meio desses resultados, os itens se mostraram homogêneos e o checklist confiável.

**Tabela 2- Análise estatística das dimensões e coeficiente de consistência interna de Cronbach do checklist de avaliação dos estudantes em cenário simulados.São Carlos, 2023**

	Média	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Dimensão 1	,000	,000	,825
Dimensão 2	3,53	,571	,725
Dimensão 3	3,41	,608	,719
Dimensão 4	3,47	,828	,610
Dimensão 5	3,41	,649	,695

Fonte: elaborada pela autora.

#### **4.3. Oficina com cenários simulados sobre assistência de enfermagem a pacientes em situações críticas.**

Nesta etapa, os estudantes foram submetidos a uma capacitação sobre SBV e SAV, um treinamento de habilidades em RCP e participação nos cenários simulados. Como método de avaliar os conhecimentos dos estudantes sobre habilidades e atitudes em RCP, assim como sua confiança, os participantes responderam a um questionário de conhecimento e uma escala de Autoconfiança em dois momentos distintos da pesquisa, o primeiro momento antes de ter qualquer capacitação e material sobre o assunto e o segundo momento após passar por toda a intervenção. Abaixo, as figuras 1, 2, 3, 4 e 5 apresentam os momentos dos estudantes com os olhos vendados como líderes de equipe no cenário 1, 2, 3, 4 e 5, respectivamente.

**Figura 1: Estudante na função de líder com olhos vendados e demais estudantes como membros da equipe no cenário clínico simulado 1. São Carlos, 2023.**



Fonte: elaborada pela autora.

**Figura 2: Estudante na função de líder com olhos vendados e demais estudantes como membros da equipe no cenário clínico simulado 2. São Carlos, 2023.**



Fonte: elaborada pela autora.

**Figura 3: Estudante na função de líder com olhos vendados e demais estudantes como membros da equipe no cenário clínico simulado 3.**



Fonte: elaborado pela autora.

**Figura 4: Estudante na função de líder com olhos vendados e demais estudantes como membros da equipe no cenário clínico simulado 4. São Carlos, 2023.**



Fonte: elaborada pela autora.

**Figura 5: Estudante na função de líder com olhos vendados e demais estudantes como membros da equipe no cenário clínico simulado 5. São Carlos, 2023.**



Fonte: elaborada pela autora

Dessa forma, foi avaliado o conhecimento e confiança pré e pós intervenção, subsidiando os objetivos primários deste projeto, além da avaliação do conhecimento e confiança, também foi avaliada a comunicação dos estudantes enquanto líderes de equipe, para isso foi utilizado o checklist versão final de avaliação dos participantes nos cenários simulados (APÊNDICE I).

A Tabela 3 mostra uma análise descritiva da pontuação total obtida pelos participantes do estudo no momento antes e depois da simulação no checklist de conhecimento. Os parâmetros descritivos aumentaram significativamente após a simulação, sendo que a variância o único parâmetro a apresentar diminuição no seu valor.

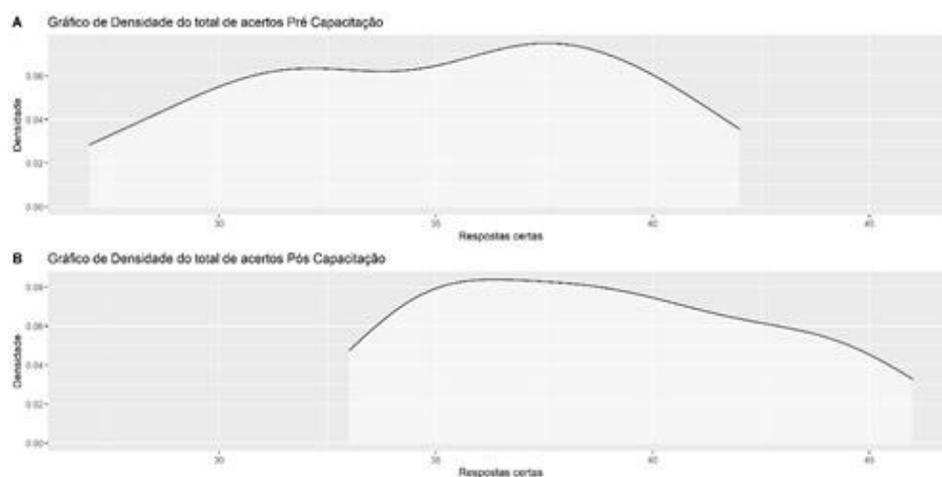
**Tabela 3: Análise descritiva dos acertos pré e pós simulação. São Carlos, 2023.**

	Mínimo	1º quartil	Mediana	Média	3º quartil	Máximo	Variância
Pré-intervenção	27	32	36	34,88	38	42	19,8
Pós-intervenção	33	35	39	38,92	42	46	14,8

Fonte: elaborada pela autora.

O gráfico de densidade de pontos alcançados pré e pós simulação (Gráfico 1) apresenta a inferência dos resultados a partir dos dados coletados na presente pesquisa. Este resultado, como na análise descritiva anterior, demonstra um aumento da média de pontos, assim como uma redução da variância no momento pós simulação, indicando um ganho de conhecimento dos participantes da pesquisa.

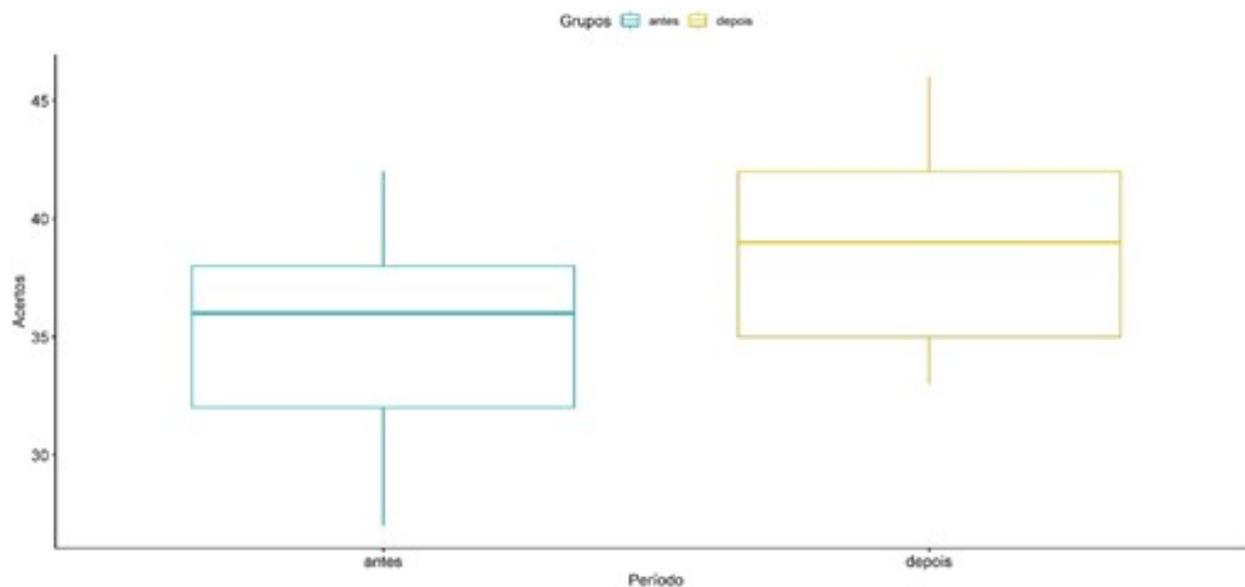
**Gráfico 1: Gráfico de densidade de acertos totais pré e pós-intervenção. São Carlos, 2023.**



Fonte: elaborada pela autora

Semelhante ao analisado no Gráfico 1, o box-plot (tabela 2) mostra a mudança no padrão de pontos no questionário, utilizado para analisar o conhecimento dos participantes, após a intervenção, sem serem observados valores discrepantes dentro da amostra coletada.

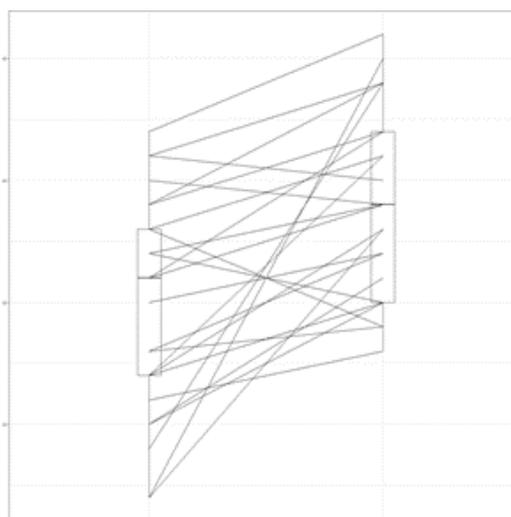
**Gráfico 2: Box-plot acertos totais pré e pós-intervenção. São Carlos, 2023.**



Fonte: elaborada pela autora.

Além disso, o Gráfico 3 mostra, de forma pareada, a variação de pontos dos indivíduos antes e após a realização da intervenção. Observou-se que os indivíduos com menor pontuação na fase de pré-simulação apresentaram maior ganho de conhecimento, enquanto apenas cinco participantes apresentaram queda na pontuação do inventário de conhecimento, com redução média de dois pontos na fase pós-simulação. Considerando a diferença de acertos antes e depois da simulação no questionário de conhecimento, foi validada uma média de 4,04 acertos adicionais na amostra analisada. Um total de 20 participantes melhoraram suas notas, ou seja, 80% da amostra apresentou aumento de conhecimento.

**Gráfico 3: Resultados pareado por indivíduo pré e pós-intervenção. São Carlos, 2023.**



Fonte: elaborada pela autora.

Assim como os resultados exibidos na Tabela 3, relacionado ao checklist de conhecimento, a Tabela 4 expõe a análise descritiva do instrumento de avaliação de confiança pré e pós intervenção. É possível identificar um aumento nos indicadores da escala, porém no caso da variância, de forma oposta ao constatado no checklist de conhecimento, ela se mostrou maior.

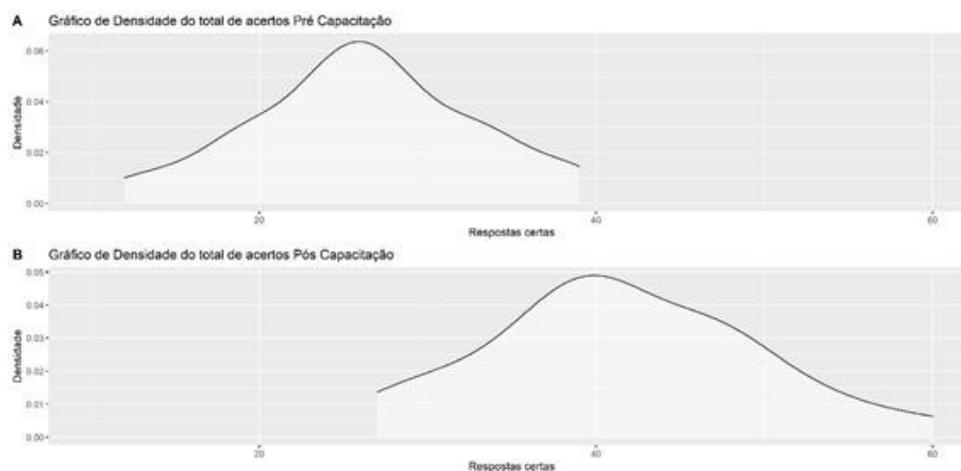
**Tabela 4: Análise descritiva dos acertos pré e pós-intervenção – escala de confiança. São Carlos, 2023.**

	Mínimo	1º quartil	Mediana	Média	3º quartil	Máximo	Variância
Pré-intervenção	12	23	27	26,16	30	39	45,14
Pós-intervenção	27	37	41	41,56	47	60	64,84

Fonte: elaborada pela autora.

No Gráfico 4 é observado de forma gráfica a densidade de pontos alcançadas pelos participantes, destacando que quanto maior os pontos, maior a confiança autorelatada pela população do estudo. O momento pós simulação mostra o deslocamento da curva para a direita, mas apresentando um alongamento da mesma, o que significa o aumento da confiança dos indivíduos, mas com maior amplitude deste parâmetro, ou seja, uma maior variância.

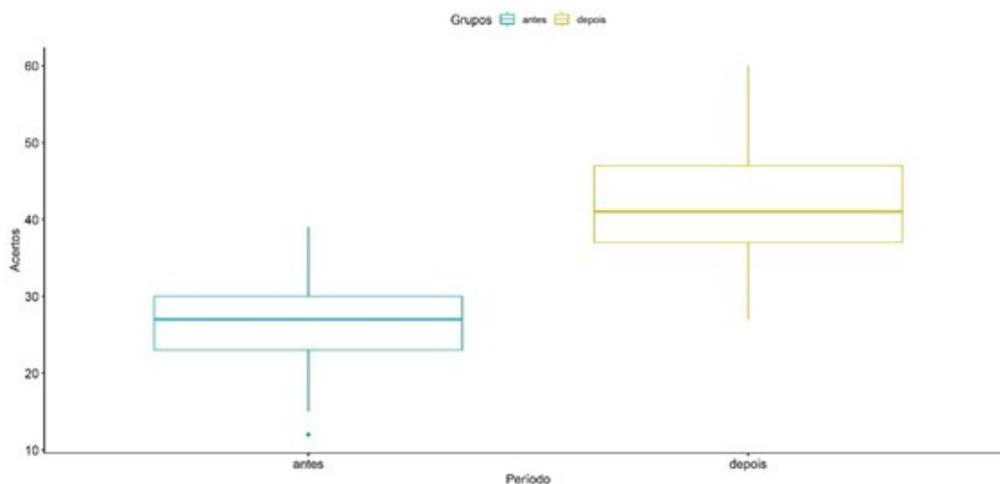
**Gráfico 4: Gráfico de densidade de acertos totais pré e pós-intervenção. São Carlos, 2023.**



Fonte: elaborada pela autora.

O Gráfico 5 apresenta a mudança do padrão de pontos alcançadas na escala de confiança pré e pós a simulação, sendo observado um único valor discrepante (outliers) na amostra coletada no primeiro momento da pesquisa, ou seja, antes da simulação ser realizada.

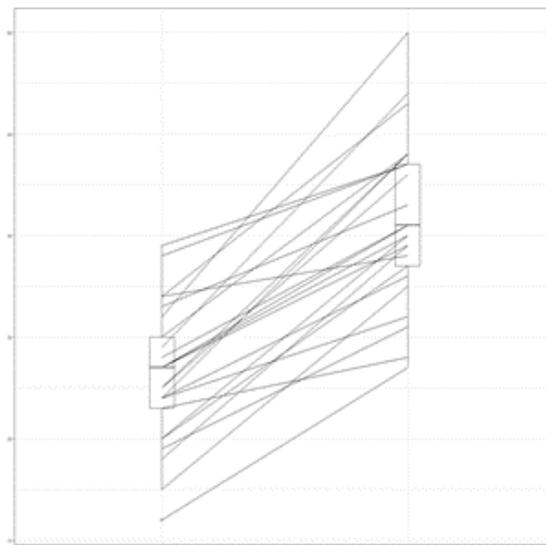
**Gráfico 5: Box-plot acertos totais pré e pós-intervenção. São Carlos, 2023.**



Fonte: elaborada pela autora.

O gráfico 6 mostra as mudanças no número de pontos para os indivíduos antes e depois da simulação em pares. Notavelmente, não houve redução nas pontuações em relação às pontuações antes e depois da simulação, com pontuação média de 15,4. A pontuação mais alta é de 28 pontos e a mais baixa é de 4 pontos.

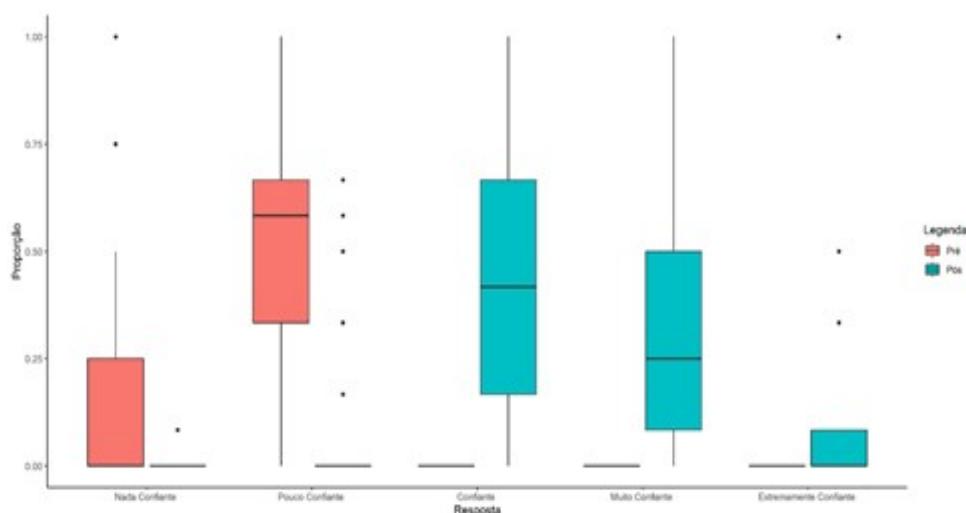
**Gráfico 6: Resultados pareado por indivíduo pré e pós-intervenção. São Carlos, 2023.**



Fonte: elaborada pela autora.

O gráfico 7 apresenta as respostas obtidas dos participantes no questionário de confiança nos momentos pré e pós intervenção. O box-plot foi dividido para as cinco opções de resposta de confiança auto relatada, variando de “nada confiante” para “muito confiante”, é possível averiguar que no momento pós simulação houve uma concentração maior de respostas dos indivíduos como “confiante” ou “muito confiante”, em contraponto, uma redução importante nas respostas “nada confiante” e “pouco confiante”.

**Gráfico 7: Resultados pareado por indivíduo pré e pós-intervenção. São Carlos, 2023.**



Fonte: elaborada pela autora.

Para verificar a alteridade de pontos nos instrumentos utilizados, nos momentos distintos da pesquisa, pré e pós simulação, foi utilizado o Teste de Classificação Sinalizada de Wilcoxon (1945) com correção continuada, a partir dele foi possível observar as médias de acertos desiguais antes e após intervenção. Foi averiguado que a média de acertos pós intervenção foi significativamente diferente da média de acertos pré intervenção, o que significa que os participantes tiveram ganho de conhecimento e confiança entre os dois momentos do estudo. Os resultados podem ser vistos na Tabela 3.

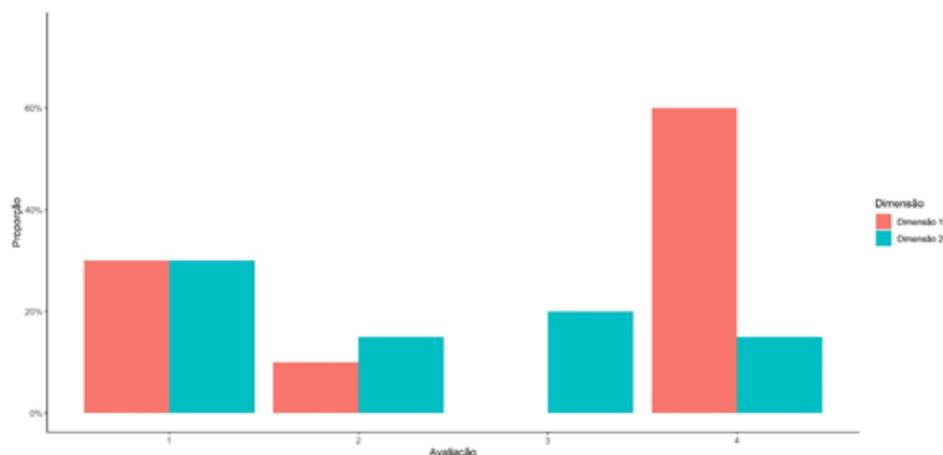
**Tabela 5: Resultados do teste de classificação sinalizada de Wilcoxon com correção de continuidade nos diferentes momentos do estudo. São Carlos, 2023.**

	Valor Estatística V	Valor p
Acertos após intervenção – conhecimento (diferença de acertos pré e pós simulação)	31	<0.01
Pontuação após intervenção – escala de confiança (diferença de acertos pré e pós simulação)	294	<0.01

Fonte: elaborada pela autora.

Os gráficos de 8 a 12 apresentam a proporção de avaliações realizadas aos líderes nos cinco cenários de pesquisa. No cenário 1 (Gráfico 8), foram avaliadas as dimensões 1 e 2, sendo que na primeira verifica-se que 60% dos líderes foram avaliados como “4- A comunicação não foi realizada” e 30% como “1- A comunicação foi realizada, bem feita, no momento certo”. Na dimensão 2, deste mesmo cenário, 30% dos líderes foram avaliados como “1- A comunicação foi realizada, bem feita, no momento certo”, enquanto que 20% como “3- “A comunicação foi realizada com erros e atraso”.

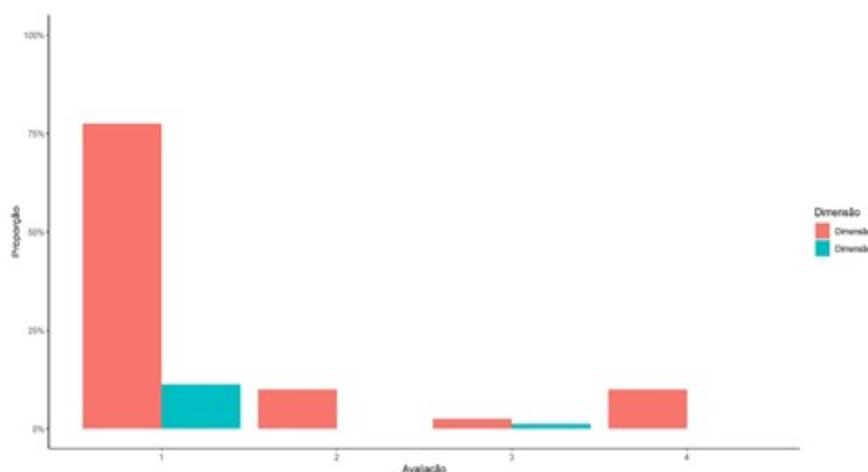
**Gráfico 8: Proporção da avaliação dos líderes nas dimensões 1 e 2 no cenário 1 de simulação. São Carlos, 2023.**



Fonte: elaborada pela autora.

No cenário 2 (Gráfico 9), foram avaliadas as dimensões 2 e 3. Na dimensão 2, 78% dos líderes tiveram como desempenho avaliado a classe “1- A comunicação foi realizada, bem feita, no momento certo”. Na dimensão 3, a maior proporção dos líderes também recebeu a mesma classificação da dimensão anterior.

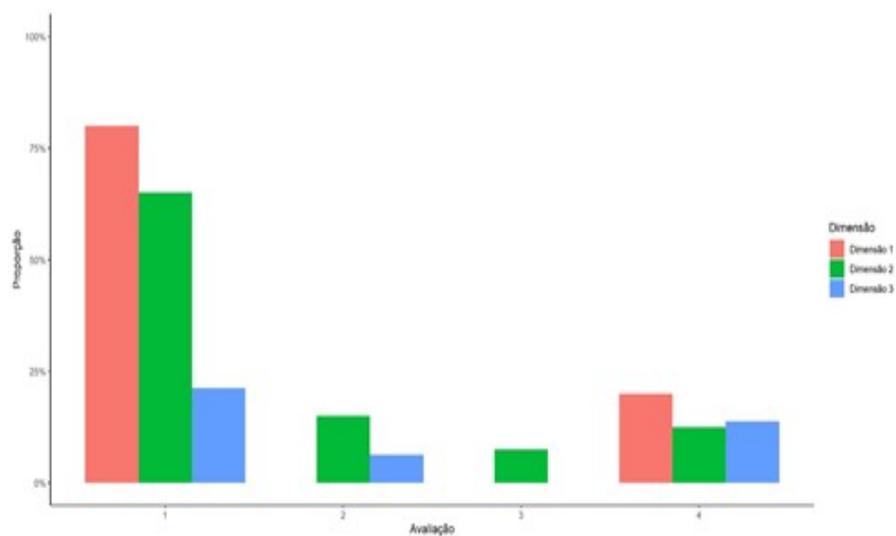
**Gráfico 9: Proporção da avaliação dos líderes nas dimensões 2 e 3 no cenário 2 de simulação. São Carlos, 2023.**



Fonte: elaborada pela autora.

No cenário 3 (Gráfico 10) aos quais foram avaliadas as dimensões 1 a 3, a maioria dos líderes foram avaliados como “1- A comunicação foi realizada, bem feita, no momento certo”, sendo 80% para dimensão 1, 65% para dimensão 2 e 21% para a 3.

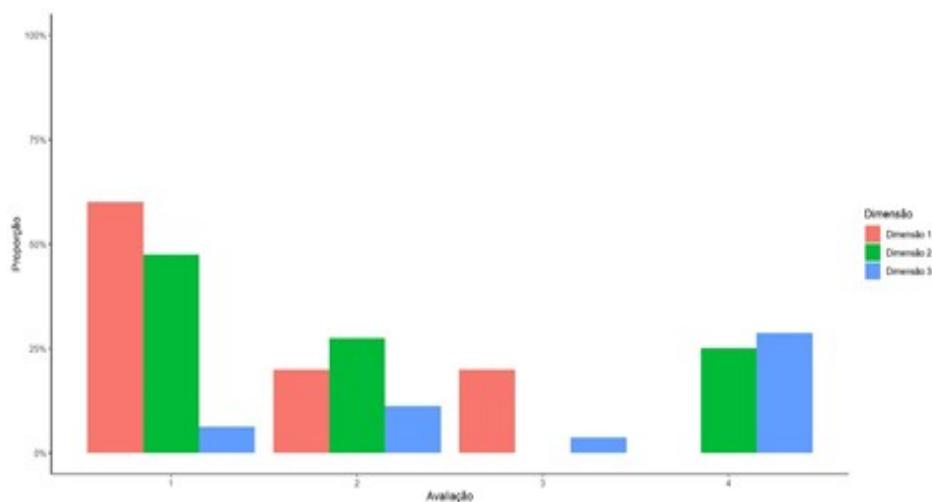
**Gráfico 10: Proporção da avaliação dos líderes nas dimensões 1 a 3 no cenário 3 de simulação. São Carlos, 2023.**



Fonte: elaborada pela autora.

No cenário 4, a classe “1- A comunicação foi realizada, bem feita, no momento certo” foi a predominante nas dimensões 1 e 2. Entretanto, na dimensão 3, cerca de 29% dos líderes foram avaliados como “4- A comunicação não foi realizada”, como mostra o gráfico 11 abaixo.

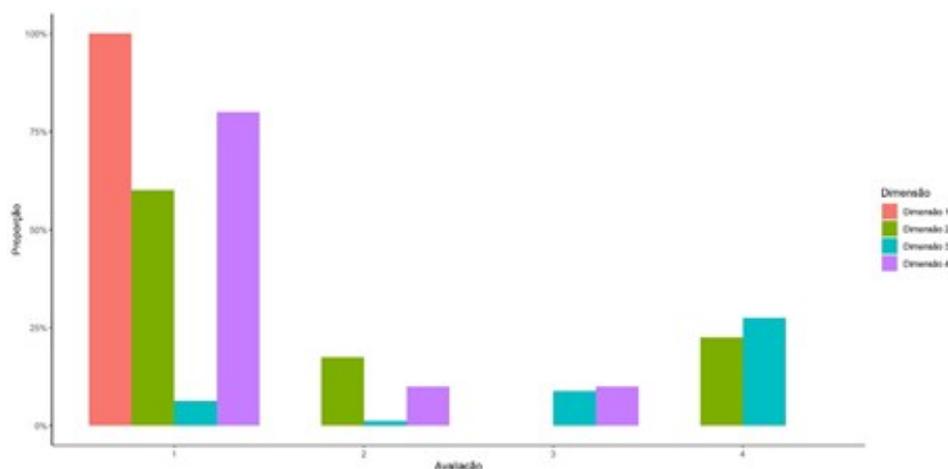
**Gráfico 11: Proporção da avaliação dos líderes nas dimensões 1 a 3 no cenário 4 de simulação. São Carlos, 2023.**



Fonte: elaborada pela autora.

Por fim, no cenário 5, as dimensões 1, 2 e 4 tiveram 100%, 60% e 80% dos líderes com avaliação “1- A comunicação foi realizada, bem feita, no momento certo”. A dimensão 3 apresentou 28% dos participantes como “4- A comunicação não foi realizada”.

**Gráfico 12: Proporção da avaliação dos líderes nas dimensões 1 a 4 no cenário 5 de simulação. São Carlos, 2023.**



Fonte: elaborada pela autora.

## 5. DISCUSSÃO

A PCR é uma complicação clínica que se tem a interrupção súbita dos batimentos cardíacos, levando a uma suspensão da circulação sanguínea, ela pode acontecer em diferentes ambientes, como a sala de urgência e emergência, Unidade de Terapia Intensiva (UTI), ambiente pré hospitalar entre outros (BASTARRICA et al, 2020). Diante disso, é necessário que a realização da Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) seja iniciada nos primeiros minutos da PCR, contribuindo drasticamente para o aumento da taxa de sobrevivência. A participação do enfermeiro no reconhecimento e na identificação dos sinais e sintomas da instabilidade fisiológica do paciente pode ser crucial no atendimento a fim de evitar complicações mais severas. O desenvolvimento e capacitação de competências relacionadas ao reconhecimento da PCR é extremamente importante, pois os enfermeiros são os primeiros profissionais em contato com os pacientes, devendo ser competentes para reconhecer os sintomas alarmantes e solicitar a presença de outros membros da equipe quando necessário, pois o estado hemodinâmico do paciente grave pode mudar rapidamente (COLL-BADELL et al., 2017).

De acordo com a Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2019), em uma situação de PCR faz-se necessário a sequência dos passos de SBV o CABD primário, onde a sequência significa, “C” compreende chamar por ajuda, checar pulso da vítima e compressões, “A” abertura das vias aéreas, “B” boa ventilação e “D” desfibrilação. Diante disso, o profissional deve estar apto a reconhecer e tomar decisões diante de uma situação de PCR.

O estudo de Porter, Cant e Cooper (2018) afirma sobre a importância da formação e capacitação em situações de urgência, seja como exercício único ou multiprofissional, destacando a importância do desenvolvimento de habilidades técnicas e principalmente as não técnicas, sendo que no caso da ressuscitação cardiopulmonar (RCP) as habilidades de comunicação, liderança e trabalho em equipe, recebe destaque como componentes importantes de resposta rápida do desempenho da equipe de emergência, pois esses componentes refletem a coesão e a colaboração entre os membros da equipe.

Conforme relatado na literatura, é evidente a necessidade de desenvolver enfermeiros competentes para atuar nessa temática, no entanto, existe uma carência de referenciais na área da enfermagem que detalhe de maneira clínica as competências a serem desenvolvidas, a comunicação encontra-se entre essas competências. Nesse sentido, a proposta da formação profissional baseada em simulação para aquisição de enfermeiros enquanto líderes de equipe necessita cada vez mais desenvolver e aprimorar competências para minimizar os incidentes.

O desenvolvimento de cenários de simulação clínica baseados em evidências e diretrizes é um passo importante no redesenho da educação em enfermagem. A simulação é amplamente considerada como uma abordagem experiencial centrada no estudante que integra várias facetas da aprendizagem (como cognitiva, afetiva e psicomotora) em um ambiente seguro, ético e reflexivo. A experiência clínica simulada possibilita a imersão dos participantes em um cenário representativo de atendimento ao paciente, que imita o ambiente real (WAXMAN, 2010; ROONEY et al., 2015). Conforme INACSL Standards Committee, os cenários simulados contribuem com o aprimoramento do currículo em sala de aula e/ou áreas clínicas, proporciona oportunidades de experiências clínicas padronizadas, direciona as competências, contribui com melhorias na qualidade do cuidado e segurança do paciente e promove facilidade para a prática clínica (INACSL Standards Committee, 2016). Para Lavoie et al. (2018) o rigor e o embasamento científico na sua construção permitem aos docentes o

aumento da confiança em sua utilização, bem como o fortalecimento da estratégia de simulação visando uma aprendizagem integrada, crítica e resolutive.

Para realização de um bom cenário clínico, há alguns passos importantes para sua preparação, entre eles os objetivos de aprendizagem, esses referem-se aos resultados esperados a partir do uso da simulação e dos cenários, eles tem que ser bem definidos e mensuráveis. O uso de checklist é utilizado como estratégia para conferência e mensuração dos resultados obtidos através do cenário clínico simulado, por meio dele é possível quantificar e analisar em qual momento da simulação os estudantes tiveram dificuldades, entre outros fatores, auxiliando e direcionando o *debriefing* e reflexão dos estudantes (NOGUEIRA; DOMINGUES; BERGAMASCO, 2020).

Os enfermeiros que atuam com pacientes em situações de urgências necessariamente precisam ter habilidades e conhecimentos especializados, para apresentarem raciocínio crítico rápido em situações de risco iminente à vida (GOLDSWORTHY, 2016). Os erros de comunicação encontram-se entre as principais causas de eventos adversos evitáveis durante a assistência ao paciente, esses erros possuem uma maior probabilidade de acontecer durante a assistência do paciente crítico, em situações de traumas e RCP, podendo ser explicado pela complexidade do atendimento, aumento dos níveis de estresse, má comunicação da equipe, potencial para distrações, falta de capacitações periódicas, avaliação e feedback (AARONSON et al., 2019; LOPEZ et al, 2021; KHAIRAT; GONG, 2010).

Segundo a AHA (2015-2020), os profissionais devem ser treinados constantemente para conseguir prestar um atendimento rápido, eficaz e de sucesso na RCP, o cenário de um atendimento de RCP exige que os profissionais executem tarefas simultâneas, trabalho em equipe e comunicação efetiva, sendo todos esses pontos facilitados pela intervenção de um líder com objetivos de organização dos membros da equipe, delegação de funções e facilitador das execuções das tarefas no momento de PCR (FILHO et al., 2015).

Nesse estudo, os participantes foram submetidos à técnica de “olhos vendados” em cinco cenários diferentes, todos os casos clínicos simulados evoluíram para PCR e todos os participantes foram avaliados em relação à comunicação com a equipe enquanto líder. O estudo observacional de TAYLOR et al, 2014) sobre eventos de comunicação em PCR em unidades de cuidados críticos, identificou que 44% da comunicação é originada pelo líder da equipe e 65% não envolveram o líder da equipe.

Os gráficos de 8 a 12 presentes nos resultados apresentam a proporção de avaliações realizadas aos líderes nos cinco cenários do estudo, nelas constam como a comunicação aconteceu, se foi de forma efetiva, realizada no momento certo, se houve atrasos ou até mesmo

se não houve comunicação. Os achados evidenciam que as dimensões resultantes em "comunicação realizada no momento certo" realizada pelo líder aumentou no decorrer dos cenários, o que pode estar relacionado à oportunidade de participação dos membros na simulação. Pena et al. (2020) em seu estudo sobre comunicação em alça fechada, afirma que para uma boa condução da RCP é necessário que cada colaborador entenda sua função e se concentre nela, assim como entender e ter o conhecimento das demais funções designadas aos outros integrantes da equipe.

Os resultados do estudo realizado demonstraram um aumento do conhecimento dos participantes frente às habilidades técnicas e não técnicas necessárias no atendimento a uma PCR. Além do aumento do conhecimento, os os resultados evidenciam um aumento da autoconfiança entre o pré e pós atividade simulada, resultado semelhante ocorreu no estudo de BARBOSA et al (2019) que desenvolveu atividade simulada com trinta e dois estudantes de graduação em enfermagem evidenciando resultados de aumento de autoconfiança estatisticamente significantes ( $p < 0,001$ ) foram observadas nas respostas de todas as questões da Escala de Autoconfiança, quando comparadas antes e depois da simulação em RCP em ambiente extra-hospitalar.

Um grande desafio para a formação profissional, com ênfase na assistência ao paciente em situações críticas, é que se realmente quisermos transformar a educação e a prática em enfermagem, é preciso acreditar e encontrar propostas inovadoras para implementar estratégias educacionais que sejam direcionadas ao ambiente de prática (MEYER et al, 2017). 17 A técnica "olhos vendados" se mostra como modalidade inovadora em cenários simulados pois ao retirar o estímulo visual dos participantes, os mesmos são forçados a desenvolver os demais sentidos, como comunicação e escuta qualificada. A utilização dessa técnica proporciona um ambiente de aprendizado de liderança, pensamento crítico e tomada de decisões, reforça a importância da comunicação e do trabalho em equipe (HUGHES et al, 2019).

## **6. CONCLUSÃO**

A utilização da simulação como estratégia de ensino permite aos alunos lapidar suas habilidades e fortalecer seu conhecimento. O uso da simulação somada à técnica "olhos vendados" possibilitou o ensino de competências fundamentais para a formação dos futuros profissionais da enfermagem, como liderança, comunicação e trabalho em equipe. A realização da técnica contribuiu para o aumento significativo de conhecimento e autoconfiança desses estudantes enquanto na função de líderes durante a prestação de assistência ao paciente crítico. Diante disso, a aplicabilidade de novos modelos de ensino-aprendizagem mostra-se necessária,

a implementação da técnica “olhos vendados” pode ser utilizada dentro de variados contextos e campos de ensino, além de ser de baixo custo, sendo possível trabalhar variadas competências necessárias para os profissionais da saúde.

## 7. REFERÊNCIA

AARONSON, E.L et al. **Incident reporting in emergency medicine: a thematic analysis of events.** J Patient Saf., 15: e60-3, 2019. Disponível em: < 10.1097/PTS.0000000000000399 >. Acesso em: 16 dez 2021.

AHMED, R; HUGHES, K; HUGHES, P. **Setup and execution of the blindfolded code training exercise.** J Vis Exp, v.145, n.29, 2019. Disponível em:<10.3791/59248>.Acesso em: 24 jan 2020.

ALMEIDA R.G.S et al. **Autoconfiança no cuidado ao paciente crítico: pré e pós-intervenção simulada.** Revista Brasileira de Enfermagem, v.72(6), Brasília, nov-dez. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0758> >. Acesso em: 28 dez. 2019.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Destaques da American Heart Association: atualização das diretrizes de RCP e ACE.** Dallas, TX: AHA; 2020. Disponível em:<[https://cpr.heart.org/-/media/CPR-Files/CPR-Guidelines-Files/Highlights/Hghlghts\\_2020ECCGuidelines\\_Portuguese.pdf](https://cpr.heart.org/-/media/CPR-Files/CPR-Guidelines-Files/Highlights/Hghlghts_2020ECCGuidelines_Portuguese.pdf)>. Acesso em: 15 jan 2021.

BARASUOL, M. E. C.; POLI, G. **Competências necessárias ao enfermeiro e o processo de formação.** Revista Saúde e Desenvolvimento, v. 6, n. 3, jul.-dez. 2014. Disponível em:<<https://www.revistasuninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/308>>. Acesso em: 29 dez 2019.

BARBOSA G.S et al. **Eficácia da simulação na autoconfiança de estudantes de enfermagem para ressuscitação cardiopulmonar extra-hospitalar: um estudo quase experimental .** Sci Med. v.29, n.1, 2019. Disponível em :<https://doi.org/10.15448/1980-6108.2019.1.32694>>. Acesso em: 24 abr 2020.

BASTARRICA, E. G. et al. **Perfil epidemiológico dos pacientes em parada cardiorrespiratória: uma revisão integrativa.** Research, Society and Development, v. 9, n. 12, p. e1559126024-e1559126024, 2020).

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 9 nov. 2001. Seção 1, p. 37. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 4 jul 2019.

BUYCK, M et al. **Effects of blindfold on leadership in pediatric resuscitation simulation: a randomized trial.** Front Pediatr., v.7, n.10, p. 1-6, 2019. Disponível em: <10.3389/fped.2019.00010>. Acesso em: 24 jan 2020.

COLL-BADELL, M.; JIMÉNEZ-HERRERA, M.F; LLAURADO-SERRA, M. **EMERGENCY NURSE COMPETENCE IN ELECTROCARDIOGRAPHIC INTERPRETATION IN SPAIN: A CROSS-SECTIONAL STUDY. JOURNAL OF**

**EMERGENCY NURSING**, v.43, n.6, p. 560-570, nov, 2017. Disponível em:<10.1016 / j.jen.2017.06.001>. Acesso em: 10 out 2021.

FABRI R.P. et al. **Construção de um roteiro teórico-prático para simulação clínica. Revista da escola de Enfermagem USP**, v.51, 2017. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016016403218> >. Acesso em: 29 dez. 2019.

FEHRING, R.J. **Methods to validate nursing diagnoses.** Heart Lung, v. 16, n. 6, p. 625-629, 1987.

FERRAZ A.P.C.M; BELHOT R.V. **Taxonomia de Bloom: revisão teórica e apresentação das adequações do instrumento para definição de objetivos instrucionais.** Gestão & Produção, v. 17, n. 2, p. 421-431, São Carlos, 2010. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-530X2010000200015> >. Acesso em: 29 dez. 2019.

FILHO, C.M.C et al. **Fatores que comprometem a qualidade da ressuscitação pulmonar em unidades de internação: percepção do enfermeiro.** Rev. Esc. Enf USP, v.49, n.6, p. 908-914, 2015. Disponível em:< 10.1590/S0080- 623420150000600005>. Acesso em: 16 dez 2020.

GABA D.M. **The future vision of simulation in health care.** Qual Saf Health Care, v. 13, n. 1, p. 2-10, outubro. 2004. Disponível em: <10.1136/qshc.2004.009878>. Acesso em: 28 dez. 2019.

GOÉS et al. **Simulation with standardized patients: nursing students communication skills in health.** Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v. 18, n. 3, p. 383-389, maio-jun. 2017. Disponível em:<[https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/218609/TCC\\_FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/218609/TCC_FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>. Acesso em: 13 out 2019.

GOLDSWORTHY, S. **Mechanical Ventilation Education and Transition of Critical Care Nurses into Practice.** Critical Care Nursing Clinics of North America, v.28, ed.4, p. 399-412, 2016. Disponível em:<10.1016/j.cnc.2016.07.001>. Acesso em: 16 abr 2021.

GONZALEZ, M.M et al. **I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia: resumo executivo.** Arq Bras Cardiol. 2019;100(2):105-13. Disponível em:<<https://abccardiol.org/article/atualizacao-da-diretriz-de-ressuscitacao-cardiopulmonar-e-cuidadoscardiovasculares-de-emergencia-da-sociedade-brasileira-de-cardiologia-2019/>>. Acesso em: 15 jan 2021.

GRAMINHA, P. M. F. **Comunicação em saúde no aleitamento materno: desenvolvimento e validação de cenário para a Simulação Clínica na Enfermagem.** Ribeirão Preto, 2019. 96p. Dissertação de Mestrado. Departamento de Enfermagem Fundamental, Escola de

Enfermagem de Ribeirão Preto. Disponível em:<<https://doi.org/10.11606/D.22.2020.tde-23032020-134758>>. Acesso em: 26 jun 2020.

HUGHES, P.G; HUGHES, K.E; AHMED, R.A. **Setup and Execution Of the Blindfolded Code Training Exercise.** J Vis Exp. v.29, n.145, 2019. Disponível em:< 10.3791/59248. PMID: 30985745.>. Acesso em: 24 jan 2020.

INACSL standards of best practice: **Simulation SM Design da Simulação.** Clinical Simulation in Nursing, v.12(S), p.5-12.Disponível em:< [http://dx.doi.org/10.1016/.](http://dx.doi.org/10.1016/), 2016.>. Acesso em: 16 abr 2021.

KESZEI, András P.; NOVAK, Márta; STREINER, David L. **Introduction to health measurement scales.** Journal of psychosomatic research, v. 68, n. 4, p. 319-323, 2010.Disponível em:<[10.1016/j.jpsychores.2010.01.006](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.01.006)>. Acesso em: 10 abr 2021.

KHAIRAT, S; GONG, Y. **Understanding efetive clinical communication in medical erros.** Studies in Health Tecnology and Informatics. IOS Press Ebooks, Amsterdam, 160:704-708, 2010. Disponível em:< 10.3233/978-1-60750-588-4-704>. Acesso em: 16 dez 2021.

LAVOIE, P. et al. **Learning theories and tools for the assessment of core nursing competencies in simulation: a theoretical review.** J Adv Nurs., v.74, n.2, p.239- 50, 2018. Disponível em:< <http://doi.org/10.1111/jan.13416>>. Acesso em: 16 abr 2021.

LEIGH, G. T. **High-fidelity patient simulation and nursing students self-efficacy: a review of literature.** International Journal of Nursing Education Scholarship, v. 5, n. 1, p. 1-16, 2008. Disponível em:<[10.2202/1548-923X.1613](https://doi.org/10.2202/1548-923X.1613)>.Acesso em: 15 nov 2018.

LOPEZ, A.J.X et al. **A Blindfolded Pediatric Trauma Simulation and Its Effect on Communication and Crisis Resource Management Skills.** Cureus, (11):e19484, nov, 2021. Disponível em: < doi: [10.7759/cureus.19484](https://doi.org/10.7759/cureus.19484)>. Acesso em: 14 fev 2022.

MARTINS, J. C. A. et al. **A experiência clínica simulada no ensino de enfermagem: retrospectiva histórica.** Acta Paulista de Enfermagem, v. 25, n. 4, p. 619-625, 2012. Disponível em:<<https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000400022> >. Acesso em: 17 dez 2019.

MARTINS, J.C.A. et al. **Self- confidence for emergency intervention: adaptation and cultural validation of the Self- confidence Scale in nursing students.** Revista Latino Americana de Enfermagem, v. 22, n. 4, p. 554-561, 2014. Disponível em: < [10.1590/0104-1169.3128.2451](https://doi.org/10.1590/0104-1169.3128.2451)>. Acesso em: 29 jan. 2020.

MEDEIROS, A. P. **Validação de material educativo para homens com cateter vesical de demora no domicílio.** 2012.126 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2012. Disponível em: <<https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/3242>>. Acesso em: 29 dez 2019.

MEYER, G. et al.**Effect of curriculum revision on graduates' transition to practice nurse educator.** Nurse Educ. 42(3), p. 127-132, 2017. Disponível em:<[10.1097/NNE.0000000000000325](https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000325)>. Acesso em: 16 dez 2021.

MIRANDA F.B.G; MAZZO A.; PEREIRA JUNIOR G.A. **Uso da simulação de alta fidelidade no preparo de enfermeiros para o atendimento de urgências e emergências:**

**revisão da literatura.** Scientia Medica, v. 28, n. 1, 2018. Disponível em:<<https://doi.org/10.15448/1980-6108.2018.1.28675>>. Acesso em: 29 nov 2020.

MORAIS FILHO L.A et al. **A Look at the Praticce of Risk Classification: Interative review.** InternacionalArc hives of Medicine, v. 10, p. 1-10, 2017.

NEGRI E.C et al. **Simulação clínica com dramatização: ganhos percebidos por estudantes e profissionais da saúde.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 25, ago. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1807.2916>>. Acesso em: 29 dez. 2019.

NOGUEIRA, L. S; DOMINGUES, T. A. M; BERGAMASCO, E.C. CAPÍTULO 3 CONSTRUÇÃO DO CENÁRIO SIMULADO. MANUAL DE SIMULAÇÃO CLÍNICA, p. 47.)

OLIVEIRA S.N; PRADO M.L; KEMPFER S.S. **Utilização da simulação no ensino da enfermagem: revisão integrativa.** Revista Mineira de Enfermagem, v. 18, n. 2, p. 487-492, abr-jun. 2014. Disponível em: <<http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140036>>. Acesso em: 29 dez. 2019.

OLIVEIRA, A. K. A. et al. **Validação de instrumentos para punção venosa periférica com cateter agulhado.** Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v. 16, n. 2, p. 176-184, 2015. Disponível em:<<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/12646>>. Acesso em: 17 mar 2021.

OLIVEIRA, D.C. **Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização.** Revista Enfermagem UERJ, v. 16, n. 4, p. 569-576, 2018. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a19.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2016.

PENA, F. et al. **Comunicação em alça fechada e código azul na unidade de pronto atendimento: elaboração de um Procedimento Operacional Padrão.** Research, Society and Developoment, v. 9, n. 4, 2020. Disponível em: 16 dez 2021.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PORTER, J.E; CANT, R.P; COOPER, S.J. **Rating teams' non-technical skills in the emergency department: A qualitative study of nurses' experience.** Int Emerg Nurs, v.38, p. 15-20, 2018. Disponível em:<[10.1016/j.ienj.2017.12.006](https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.12.006)>. Acesso em: 24 jan 2020.

Portugal, Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde. (2017b). Norma 001/2017 de 08/02/2017. **Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.** DGS. Disponível em:<<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-natransicao-de-cuidados-de-saude.pdf>>. Acesso em: 20 jan 2023.

RAMOS, S. C. L. **Comunicação segura na implementação de cuidados em enfermagem.** 2022. Tese de Doutorado.Disponível em:<<http://hdl.handle.net/10400.19/7308>>. Acesso em: 20 jan 2023.

REIS N.B.C et al. **Adaptação cultural da ferramenta de avaliação de comunicação em saúde (HCAT) para língua portuguesa, Brasil.** Revista Eletrônica de Comunicação,

Informação e Inovação em Saúde, v. 12, n. 4, dez.2018. Disponível em:<<https://doi.org/10.29397/reciis.v12i4.1501>>. Acesso em: 29 nov 2020.

ROONEY, D; HOPWOOD, N; BOUD, D; KELLY, M. **The Role of Simulation in Pedagogies of Higher Education for the Health Professions: Through a Practice-Based Lens.** Vocations and Learning, v.8, n.3, p. 269-285, 2015. Disponível em:<[10.1007/s12186-015-9138-z](https://doi.org/10.1007/s12186-015-9138-z)>. Acesso em: 16 abr 2021.

SCARPARO A.F et al. **Reflexões sobre o uso da técnica delphi em pesquisas na enfermagem.** Revista de Rede de Enfermagem do Nordeste, v. 13, n. 1, p. 242-251, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027980026>>. Acesso em: 29 dez. 2019.

SOUZA, E. F. D.; SILVA, A. G.; SILVA, A. I. L. F. **Active methodologies for graduation in nursing: focus on the health care of older adults.** Revista Brasileira de Enfermagem [Internet], v. 71, p. 920-4, 2018. Suplemento 2. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0150>>. Acesso em: 15 nov 2018.

TAYLOR, K.L. **A description of communication patterns during CPR in ICU.** Resuscitation, v.85, n.13, p. 42-47, 2014. Disponível em:<[10.1016/j.resuscitation.2014.06.027](https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2014.06.027)>. Acesso em: 16 dez 2021.

TERWEE, C.B. et al. **Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires.** Journal of clinical epidemiology, v. 60, n. 1, p. 34-42, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.03.012>>. Acesso em: 10 abr 2021.

Tyerman J, Luctkar-Flude M, Graham L, Coffey S, Olsen-Lynch E. **A systematic review of health care presimulation preparation and briefing effectiveness.** Clin Simul Nurs. 2019;27:12-25. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2018.11.002>. Disponível em:<[10.11124/JBISRIR-2016-003055](https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-003055)>. Acesso em: 20 nov 2019.

WAXMAN, K. **The development of evidence-based clinical simulation scenarios: guidelines for nurse educators.** The Journal of nursing education, v.49, n.1, p. 29-35, 2010. Disponível em:<[10.3928/01484834-20090916-07](https://doi.org/10.3928/01484834-20090916-07)>. Acesso em: 10 out 2021.

WILCOXON, F. **"Individual comparisons by ranking methods"** (PDF). Biometrics Bulletin. v.1, n. 6, p. 80–83, 1945. Disponível em:< [doi:10.2307/300196](https://doi.org/10.2307/300196)>. Acesso em: 10 out 2021

## 8. APÊNDICES

### APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE) (EXPERTS) (Resolução 466/2012 do CNS)

#### **Contribuições do uso da técnica “olhos vendados” em simulação clínica: comunicação verbal de estudantes de enfermagem em situações de atendimento ao paciente crítico.**

Convidamos o (a) Sr. (a.) a participar de uma pesquisa sobre "Contribuições do uso da técnica “olhos vendados” em simulação clínica: comunicação verbal de estudantes de enfermagem em situações de atendimento ao paciente crítico. O objetivo principal desta pesquisa consiste em

verificar as contribuições do uso da técnica “olhos vendados” em simulação clínica na comunicação verbal de estudantes de enfermagem em situações de atendimento ao paciente crítico.

Caso concorde, sua participação será dada pela leitura e preenchimento do formulário de caracterização biográfica e profissional e pela validação do checklist de avaliação dos estudantes nos cenários simulados. O (a) Sr. (a) deverá acessar o link de acesso ao material a ser validado e ao formulário de caracterização biográfica e profissional disponibilizado na plataforma *Google Forms*. O (a) Sr. (a) levará cerca de 10 minutos para preencher o formulário de caracterização biográfica e profissional e em torno de 20 minutos para participação na validação do checklist de avaliação dos estudantes nos cenário clínico simulado e terá um prazo de 20 dias para o preenchimento após o aceite. Sua participação será através da Técnica de Delphi e solicito se possível, através de e-mail, à indicação de profissionais enfermeiros, envolvidos na assistência clínica, com pelo menos 1 ano de experiência, que possua certificado de prática clínica (especialização) na área de interesse do estudo ou titulação de mestre com dissertação na área de interesse do estudo ou tese de doutorado na área do estudo, publicação de pesquisa relevante para a área de interesse, e publicação de artigo sobre o tema em periódico de referência.

Sua participação é voluntária, com garantia de sigilo e não há possibilidade de ter despesas. Ressalto que o (a) Sr. (a) não receberá compensação financeira pela sua participação na pesquisa. O (a) Sr. (a) poderá solicitar esclarecimento sobre a pesquisa e realizar a retirada do seu consentimento a qualquer momento. Sua participação não lhe trará benefício direto, no entanto, como benefício indireto a disponibilização de um cenário clínico simulado sobre comunicação em enfermagem em situações críticas. Esta pesquisa não envolve procedimentos invasivos, no entanto, há possibilidade de riscos, tais como você poderá se sentir ansioso (a), algum desconforto ou constrangimento devido a possibilidade de dúvidas no preenchimento do instrumento ou ao fato de não conseguir cumprir o prazo estabelecido para responder.

Caso alguma dessas situações ocorra, você poderá contatar as pesquisadoras por telefone e/ou por e-mail para que sejam esclarecidas suas dúvidas e/ou para que seja aumentado seu prazo para responder, ou ainda, você pode desistir de participar do estudo. Você tem direito à indenização conforme as leis vigentes no país, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas na pesquisa por eventuais danos decorrentes de sua participação nesta pesquisa. Os resultados do estudo serão divulgados em congressos e outros eventos científicos, haverá também publicações em revistas científicas. Os resultados da pesquisa também serão divulgados para os participantes do estudo e sempre que desejar, o(a) senhor(a) poderá ter acesso aos resultados da pesquisa. Quanto ao sigilo, as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e será assegurado que seu nome não será divulgado, ficando sob minha responsabilidade. Caso deseje, o (a) senhor (a) receberá via

e-mail uma via assinada e rubricada deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Se tiver perguntas com relação a seus direitos como participante do estudo, também poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, localizado na Pró-reitoria de pesquisa da UFSCar, na Rodovia Washington Luís s/n, Km 235, CEP 13565-905, São Carlos, SP, ou por meio do telefone (16) 3351-8028 e E-mail: [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br).

***Obrigada pela colaboração,***

**Endereço para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):**

---

**Izabela Meneghesso**

Curso de Enfermagem UFSCar  
Rodovia Washington Luís, Km  
235 Monjolinho,  
São Carlos, SP- CEP 13565905

E-mail:

[iza.meneghesso@hotmail.com](mailto:iza.meneghesso@hotmail.com)

---

**Profa. Dra. Fernanda B. G.**

**Miranda**

Departamento de Enfermagem  
Rodovia Washington Luís, Km 235  
Monjolinho,

São Carlos, SP- CEP 13565905

E-mail: [fernanda.berchelli@ufscar.br](mailto:fernanda.berchelli@ufscar.br)

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar, que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luís, km. 235 – Caixa Postal 676 – CEP 13.565-905 – São Carlos – SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br).

Ao assinar esse documento, eu \_\_\_\_\_ concordo com as informações que foram descritas acima, e consente em participar da pesquisa nos termos descritos.

São Carlos, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Assinatura do Participante

**APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)  
(ESTUDANTES) (Resolução 466/2012 do CNS)**

**Contribuições do uso da técnica “olhos vendados” em simulação clínica: comunicação verbal de estudantes de enfermagem em situações de atendimento ao paciente crítico**

Convidamos você a participar de uma pesquisa sobre "Contribuições do uso da técnica “olhos vendados” em simulação clínica: comunicação verbal de estudantes de enfermagem em situações de atendimento ao paciente crítico. O objetivo principal desta pesquisa consiste em verificar as contribuições do uso da técnica “olhos vendados” em simulação clínica na comunicação verbal e na autoconfiança de estudantes de enfermagem no atendimento ao paciente crítico em cenários clínicos simulados.

Caso concorde, sua participação ocorrerá em dois momentos: No primeiro momento você preencherá um instrumento com suas informações biográficas e profissionais, um *checklist* de pré teste escrito sobre conhecimento, habilidade e atitudes em Reanimação Cardiopulmonar de pacientes adultos e o preenchimento da Escala “*Self-confidence Scale (SCE)*”, versão portuguesa (SCSvp) que avaliará a sua a capacidade de reconhecer alterações de sinais e sintomas de um paciente em uma situação de urgência, de avaliar com precisão o paciente, de intervir apropriadamente e avaliar a eficácia das intervenções implementadas; você também participará de uma aula teórica expositiva e dialogada e de um treino de habilidades simulado. No segundo dia de evento, você será convidado a participar de cinco cenários simulados com diferentes casos clínicos em situações críticas. Todos os cenários serão desenvolvidos simultaneamente, em diferentes setores da Unidade de Simulação em Saúde (USS) da Universidade. Em cada cenário haverá 1 grupo com cinco alunos cada, acompanhados por 1 facilitador e 1 avaliador. Aleatoriamente as

equipes serão formadas e identificadas por cores e os estudantes identificados aleatoriamente por números de 1 a 5. Assim em cada cenário simulado haverá um grupo que terá um líder e os demais integrantes serão membros da equipe, conforme ocorre a mudança de cenário, ocorrerá também a mudança da liderança entre os integrantes do grupo, dando a possibilidade de todos os cinco participantes de cada grupo ser líder da equipe. Em cada cenário, o líder deverá permanecer com os olhos vendados por uma faixa, e de costas para o cenário simulado, assim não haverá nenhuma possibilidade do líder enxergar o cenário de assistência, sendo necessário que líder utilize comunicação para conduzir a assistência da equipe. Ao final do *workshop* todos os vinte e cinco participantes da pesquisa terão passado pelo papel de líder. Assim, caso você aceite participar, em pelo menos um cenário simulado você será o líder de sua equipe, o que será determinado de maneira aleatória por sorteio no início do segundo dia do evento. Após participar de todos os cenários, você realizará o preenchimento do pós teste de conhecimento sobre a temática e preencherá a Escala “*Self-confidence Scale (SCE)*”, versão portuguesa (SCSvp). Você levará cerca de 10 minutos para preencher o formulário de caracterização biográfica e profissional e em torno de 20 minutos para preenchimento do pré teste e 10 minutos para responder a escala, cerca de 3 horas para participar da aula teórica expositiva e dialogada e 1 hora para participar do treino de habilidades simulado. No segundo momento você participará por cerca de 45 minutos em cada cenário simulado, cerca de 30 minutos para preencher o pós teste de conhecimento sobre a temática e cerca de 10 minutos para responder a Escala “*Self-confidence Scale (SCE)*”, versão portuguesa (SCSvp).

Sua participação é voluntária, com garantia de sigilo e não há possibilidade de ter despesas. Ressalto que você não receberá compensação financeira pela sua participação na pesquisa. Você poderá solicitar esclarecimento sobre a pesquisa e realizar a retirada do seu consentimento a qualquer momento. Sua participação lhe trará como benefício direto a oportunidade de aprendizagem sobre comunicação e assistência de enfermagem em situações críticas.

Esta pesquisa não envolve procedimentos invasivos, no entanto, há possibilidade de riscos, tais como você poderá se sentir ansioso (a), algum desconforto ou constrangimento devido a possibilidade de dúvidas no preenchimento do pré e pós teste de conhecimento ou nas escalas, desconforto ou ansioso ao participar do cenário clínico simulado, poderá sentir-se cansado pelo tempo de participação nas atividades propostas (dois dias com aproximadamente 5 horas de atividades). Caso alguma dessas situações ocorra, você poderá contatar as pesquisadoras pessoalmente, por telefone e/ou por e-mail para que sejam esclarecidas suas dúvidas, ou ainda, você pode desistir de participar do estudo. Você tem direito à indenização conforme as leis vigentes no país, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas na pesquisa por eventuais danos decorrentes de sua participação nesta pesquisa. Os resultados do estudo serão divulgados em congressos e outros eventos científicos, haverá também publicações em revistas científicas. Os resultados da pesquisa também serão divulgados para os participantes do estudo e sempre que desejar você poderá ter acesso aos resultados da pesquisa. Quanto ao sigilo, as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e será assegurado que seu nome não será divulgado, ficando sob minha responsabilidade. Você receberá uma via assinada e rubricada deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Se tiver perguntas com relação a seus direitos como participante do estudo, também poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, localizado na Pró-reitoria de pesquisa da UFSCar, na Rodovia Washington Luís s/n, Km 235, CEP 13565-905, São Carlos, SP, ou por meio do telefone (16) 3351-8028 e Email: [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br).

***Obrigada pela colaboração,***

**Endereço para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):**

---

**Izabela Meneghesso**

Curso de Enfermagem UFSCar

Rodovia Washington Luís, Km 235  
Monjolinho,

São Carlos, SP- CEP 13565905

E-mail: iza.meneghesso@hotmail.com

**Profa. Dra. Fernanda B. G. Miranda**

Departamento de Enfermagem

Rodovia Washington Luís, Km 235  
Monjolinho, São Carlos, SP- CEP 13565905

E-mail: fernanda.berchelli@ufscar.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar, que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luis, km. 235 – Caixa Postal 676 – CEP 13.565-905 – São Carlos – SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br.

Ao assinar esse documento, eu \_\_\_\_\_ concordo com as informações que foram descritas acima, e consente em participar da pesquisa nos termos descritos.

São Carlos, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do Participante

## APÊNDICE C- CHECKLIST DE AVALIAÇÃO DOS ESTUDANTES NOS CENÁRIOS SIMULADOS VERSÃO INICIAL (ANTES DA VALIDAÇÃO)

(Baseado em: Bernoche C, Timerman S, Polastri TF, Giannetti NS, Siqueira AWS, Piscopo A et al. Atualização da Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. Arq Bras Cardiol. 2019; 113(3):449-663).

*Cenário:* \_\_\_\_\_

*Número do grupo dos estudantes:* \_\_\_\_\_

*Líder- estudante número:* \_\_\_\_\_

*Facilitador:* \_\_\_\_\_

*Facilitador de apoio:* \_\_\_\_\_

Para cada item desse *checklist*, há quatro possibilidades de respostas para classificar o desempenho de comunicação do líder da equipe. Por favor, durante a avaliação da comunicação assinale apenas uma alternativa.

- 1- “A comunicação foi realizada, bem feita, no momento certo”;
- 2- “A comunicação foi realizada, bem feita, com pequeno atraso ou pequenas imprecisões”;
- 3- “A comunicação foi realizada com erros e atraso”;
- 4- " A comunicação não realizada"

Dimensão 1: Segurança do local

<i>Comunicação do Líder</i>	<i>Classificação do desempenho</i>				<i>NA*</i>
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	

<i>O líder confirma ou orienta a equipe sobre a segurança do ambiente para realizar a assistência a vítima.</i>					
---	--	--	--	--	--

\* Não se aplica

Dimensão 2: Avaliação da responsividade da vítima e reconhecimento da PCR

<i>Comunicação do Líder</i>	<i>Classificação do desempenho</i>				<i>NA*</i>
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	
<i>O líder solicita para um membro da equipe para avaliar a responsividade da vítima, chamando-a e tocando-a pelos ombros.</i>					
<i>O líder solicita a presença da equipe e organiza os membros pelos nomes e funções a serem realizadas no atendimento a vítima</i>					
<i>O líder solicita pelo nome que um membro da equipe cheque o pulso carotídeo e a respiração simultaneamente, observando se há elevação do tórax da vítima e se há pulso, em não mais que 10 segundos. O líder solicita o feedback da realização da intervenção ao membro da equipe.</i>					
<i>No caso da vítima não respirar, ou apresentar gasping e o pulso estiver ausente, o líder direciona dois membros da equipe pelo nome para iniciarem e se revezarem na RCP.</i>					

\*Não se aplica

- Dimensão 3: Compressões torácicas, monitorização de ritmo cardíaco e uso do desfibrador (Convencional ou Desfibrilador Externo Automático -DEA)

<i>Comunicação do Líder</i>	<i>Classificação do desempenho</i>				<i>NA*</i>
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	
<i>O líder solicita pelo nome que um membro da equipe inicie as compressões torácica, orientando o número de compressões e o tempo de revezamento (vítima sem ou com via aérea definitiva).</i>					
<i>O líder solicita pelo nome o responsável pelo controle do tempo que avise sobre os 2 minutos de RCP, a fim de manter a qualidade da RCP.</i>					
<i>O líder solicita pelo nome aos membros da equipe responsáveis pela compressão torácica que realizem o revezamento, a fim de manter a qualidade da RCP.</i>					
<i>O líder solicita e direciona pelo nome o responsável por buscar o carrinho de emergência e monitorizar o paciente.</i>					
<i>O líder direciona a algum membro da equipe a verificação do ritmo cardíaco - Fibrilação Ventricular (FV), Taquicardia Ventricular sem pulso (TV), Atividade Elétrica sem Pulso (AESP) e Assistolia.</i>					

<i>No caso de ritmo chocável, o líder solicita ao membro da equipe o uso adequado do desfibrilador (gel nas pás, posicionamento correto das pás, acionamento correto da carga elétrica e orientações de afastamento para equipe)</i>					
<i>O líder na situação de desfibrilação, orienta ao membro da equipe a realização de um choque, intercalado por 2 minutos de RCP.</i>					
<i>O líder solicita e direciona pelo nome o responsável por buscar e instalar o Desfibrilador Externo Automático (DEA)</i>					
<i>O líder ordena e direciona pelo nome o responsável para fazer as medicações endovenosas de acordo com os protocolos.</i>					

- Não se aplica

Dimensão 4: Assistência a via aérea e respiratória

<i>Comunicação do Líder</i>	<i>Classificação do desempenho</i>				
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>NA*</i>
<i>O líder solicita pelo nome o membro responsável pelo suporte que verifique via aérea patente e segura.</i>					

<i>O líder solicita pelo nome que o membro inicie as ventilações, orientando o número de ventilações e compressões torácica (vítima sem ou com via aérea definitiva).</i>					
<i>O líder orienta o membro da equipe que ao ventilar com bolsa-válvula-máscara, este deve pressionar a bolsa durante aproximadamente 1 segundo para cada ventilação, que é geralmente o suficiente para produzir elevação do tórax e manter oxigenação em pacientes sem respiração.</i>					
<i>Aplicar ventilação a cada 6 segundos na via aérea avançada.</i>					

- Não se aplica
- Dimensão 5: Possíveis causas em todas as modalidades de parada cardiorrespiratória

<i>Comunicação do Líder</i>	<i>Classificação do desempenho</i>				
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>NA*</i>
<i>O líder solicita aos membros da equipe informações para possíveis diagnósticos de causas reversíveis de Parada Cardiorrespiratória - “5Hs e 5Ts”.</i>					

<i>O líder solicita a um membro da equipe algum intervenção para tratamento das causas reversíveis de Parada Cardiorrespiratória - “5Hs e 5Ts”.</i>					
---	--	--	--	--	--

- Não se aplica

## APÊNDICE D- FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO BIOGRÁFICA E PROFISSIONAL EXPERTS

Dados pessoais:

Iniciais: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

a) Titulação acadêmica e ano de conclusão:

( ) Graduação: Área: \_\_\_\_\_ Ano do título: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

b) Pós Graduação

( ) Especialização: Área \_\_\_\_\_ Ano do título: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

( ) Mestrado: Área \_\_\_\_\_ Ano do título: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

( ) Doutorado: Área \_\_\_\_\_ Ano do título: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

c) Tempo de experiência profissional: \_\_\_\_\_ anos

d) Área de atuação profissional atual:

( ) Ensino universitário

Área de ensino: \_\_\_\_\_

Instituição de Assistência de Saúde

Pública  Privada  Outros: \_\_\_\_\_

Essa instituição pertence ao nível de atendimento:

primário  secundário  terciário

e) Possui experiência assistencial/gerencial no atendimento a pacientes em situações críticas?

Sim, quanto tempo (anos) ? \_\_\_\_\_  Não

f) Possui experiência na capacitação de estudantes ou profissionais de enfermagem na comunicação em situações críticas?

Sim, quanto tempo (anos) ? \_\_\_\_\_  Não

g) Possui experiência com o uso da simulação clínica no ensino/ capacitação de estudantes e/ou profissionais de saúde?

Sim, quanto tempo (anos)? \_\_\_\_\_  Não

h) Possui experiência no desenvolvimento de cenários clínicos simulados?

Sim  Não

i) Possui publicação de pesquisa científica (resumo em anais, apresentação de trabalho em evento científico, artigo científico, capítulo de livro) sobre comunicação em enfermagem em situações críticas?

Sim, qual? \_\_\_\_\_

Não

j) Possui publicação de pesquisa científica (resumo em anais, apresentação de trabalho em evento científico, artigo científico, capítulo de livro) sobre Simulação Clínica?

Sim, qual? \_\_\_\_\_

Não

Observações que gostaria de fazer:

---



---



---

#### APÊNDICE E- FOLDER DE DIVULGAÇÃO

#### APÊNDICE F- FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO BIOGRÁFICA E PROFISSIONAL (ESTUDANTES)

##### Formulário de caracterização biográfica e profissional dos sujeitos:

<b>1- Gênero:</b>	<input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Masculino
<p><b>1.2- Data de nascimento:</b> _____</p> <p><b>1.3 - Possui formação técnica em enfermagem?</b></p> <p>Sim <input type="checkbox"/>                      Não <input type="checkbox"/></p>		



**1.6- Você já participou de eventos científicos sobre comunicação em enfermagem com pacientes em situações críticas?**

**Sim ( )                      Não ( )**

**Caso tenha participado assinale:**

**( ) Palestras**

**( ) Videoconferências**

**( ) Cursos**

**( ) Workshops**

**1.7 - Você já participou de alguma atividade educacional na Instituição de Ensino sobre comunicação em enfermagem com pacientes em situações críticas?**

**Sim ( )                      Não ( )**

**1.8 - Você possui o hábito de acessar materiais sobre comunicação em enfermagem com pacientes em situações críticas?**

**Sim ( ) Não ( )**

**Qual tipo:**

**( ) Livros**

**( ) Revistas científicas**

**( ) Revistas não científicas**

**( ) Sites de Internet científicos**

**( ) Sites de Internet não científicos**

**( ) Materiais, manuais educativos (elaborados pelo governo ou instituições privadas)**

**1.9- Você possui alguma experiência em participar de capacitações com o uso do método da simulação clínica?**

**Sim ( ) Não ( )**

## **APÊNDICE G- CHECKLIST DE CONHECIMENTO, HABILIDADE E ATITUDES EM RCP DE PACIENTES ADULTOS**

(Baseado em: Bernoche C, Timerman S, Polastri TF, Giannetti NS, Siqueira AWS, Piscopo A et al. Atualização da Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. Arq Bras Cardiol. 2019; 113(3):449-663 )

*Número de identificação do estudante:* \_\_\_\_\_

*Número do Grupo:* \_\_\_\_\_

Por favor, assinalar o X nas afirmações abaixo considerando-as verdadeiro (V) ou falso (F).

<b>Recomendação para a abordagem de vítima inconsciente pelo profissional de saúde</b>	<b>Verdadeiro</b>	<b>Falso</b>
Avaliação da responsividade e respiração da vítima		
Acionamento de ajuda		
Checagem de pulso e início da RCP se pulso ausente ou se estiver em dúvida		
Realização de 3 ciclos de compressões contínuas (200) com ventilação passiva de oxigênio, em casos de PCR presenciada com ritmo em FV/TV		
Realização de 30 compressões e 2 ventilações, para os adultos em PCR		

<b>Recomendações para realização de compressão torácica em adulto</b>	<b>Verdadeiro</b>	<b>Falso</b>
Posicionamento da região hipotênar de uma mão sobre a metade inferior do esterno e a outra mão sobre a primeira, entrelaçando-a		
É aconselhável a realização de compressões na frequência de 100 a 120 compressões/minuto.		

As compressões torácicas devem ter profundidade mínima de 5 cm, sem exceder 6 cm.		
Permitir o retorno completo do tórax, evitando se apoiar no tórax da vítima		
O intervalo das compressões entre a aplicação do choque deve ser o menor possível		
É aconselhável pausar as compressões por, no máximo, 10 segundos, a fim de aplicar 2 ventilações		
Retomar as compressões torácicas imediatamente após o choque para adultos em parada cardiorrespiratória		
Para profissionais da saúde que possuem dispositivo de barreira para aplicar ventilações, é aconselhável realizar 30 compressões e 2 ventilações durante a RCP		

<b>Recomendações para realização de ventilação em adulto</b>	<b>Verdadeiro</b>	<b>Falso</b>
Aplicação de ventilações com fornecimento da quantidade de ar suficiente para promover a elevação do tórax		
Evitar hiperventilação, pois aumenta o risco de insuflação gástrica, podendo causar regurgitação e aspiração		
Abertura da via aérea com a inclinação da cabeça/elevação do queixo ou elevação do ângulo da mandíbula		

Inclinação da cabeça quando o socorrista não conseguir realizar a manobra de elevação do ângulo da mandíbula e a vítima apresenta apenas suspeita de trauma cervical, sem evidência de lesão na cabeça.		
Ao ventilar com bolsa-válvula-máscara, pressionar a bolsa durante aproximadamente 1 segundo para cada ventilação, que é geralmente o suficiente para produzir elevação do tórax e manter oxigenação em pacientes sem respiração.		
Aplicar ventilação a cada 6 segundos na via aérea avançada		
Não se devem pausar as compressões para aplicar ventilações quando via aérea avançada instalada		

<b>Recomendações para o uso do desfibriladores externos automáticos em adulto</b>	<b>Verdadeiro</b>	<b>Falso</b>
Desfibrilação é o tratamento de escolha para FV .		
Se possível, a RCP deve ser realizada enquanto o desfibrilador é preparado.		
Para adultos com parada cardíaca não monitorizada ou para quem um DEA não estiver imediatamente disponível, é aceitável que a RCP seja iniciada enquanto o desfibrilador está sendo checado e aplicado, e que a desfibrilação, se indicada, seja realizada logo que o dispositivo estiver pronto para uso.		

Em pacientes com excesso de pelos no tórax, é necessário remover o excesso somente no local onde são aplicadas as pás do DEA.		
Se a vítima estiver com o tórax molhado, antes de aplicar as pás do DEA, deve secá-lo.		
Recomenda-se que programas de acesso público à desfibrilação para pacientes em parada cardíaca extra-hospitalar sejam implementado em locais onde existem mais chances de ocorrer parada cardíaca testemunhada.		
Para adultos em PCR testemunhada quando um DEA estiver disponível de imediato, é aceitável de que o desfibrilador seja utilizado o mais cedo possível.		

<b>Recomendações para desfibrilação e seleção da energia do desfibrilador</b>	<b>Verdadeiro</b>	<b>Falso</b>
A desfibrilação deverá ser utilizada no tratamento da FV e TV sem pulso.		
A desfibrilação em ritmos chocáveis deve ser priorizada e não retardada frente a outras manobras na PCR .		
Realizar desfibrilação com a dose máxima recomendada pelo fabricante (120 a 200 J bifásica ou 360 J monofásica).		
Sempre realizar um ciclo de RCP (2 minutos) após cada procedimento de desfibrilação.		

Utilizar energia máxima (200 J no desfibrilador bifásico se a dose inicial recomendada pelo fabricante for desconhecida e 360 J no desfibrilador monofásico) durante o procedimento de desfibrilação.		
---	--	--

<b>Recomendações quanto ao manejo de via aérea durante a parada cardiorrespiratória</b>	<b>Verdadeiro</b>	<b>Falso</b>
Em pacientes em PCR sem via aérea avançada, manter ventilações com bolsa-válvula-máscara na frequência de 30 compressões para 2 ventilações.		
Oxigênio a 100% durante as manobras de RCP.		
Inserção de via aérea avançada não deve atrasar o início da RCP e a desfibrilação.		
Se a inserção da via aérea avançada for causar interrupção nas compressões torácicas, o socorrista pode optar por atrasar esta inserção, até que haja falência de resposta às medidas de RCP e desfibrilação, ou até o Retorno da Circulação Espontânea (RCE).		
Tanto ventilação com bolsa-válvula-máscara quanto com via aérea avançada podem ser utilizadas para oxigenação e ventilação durante uma PCR.		
Para profissionais de saúde treinados, tanto dispositivos supraglóticos quanto a intubação orotraqueal podem ser indicados como via aérea avançada.		
Treinamento frequente é recomendado para socorristas que realizam intubação orotraqueal.		

Para facilitar a ventilação com bolsa-válvula-máscara, a cânula orofaríngea pode ser utilizada em pacientes sem reflexo de tosse ou vômito, sendo inserida apenas por profissionais treinados em seu uso.		
Para facilitar a ventilação com bolsa-válvula-máscara em paciente com fratura de base de crânio confirmada ou suspeita ou coagulopatia grave, preferir a cânula orofaríngea em detrimento da nasofaríngea.		
O tubo orotraqueal deve ser fixado com fita convencional, bandagem ou dispositivo comercial.		
Após a instalação de uma via aérea avançada, proceder a ventilações a cada 6 segundos (10 ventilações/ minuto) enquanto compressões são realizadas de maneira contínua.		

<b>Recomendações para o uso de drogas e manobras no Suporte Avançado de Vida em adultos</b>	<b>Verdadeiro</b>	<b>Falso</b>
A adrenalina deve ser administrada assim que possível após o início da PCR em AESP/assistolia.		
É razoável que a adrenalina seja administrada após o primeiro ciclo de RCP em FV/TVSP.		
Amiodarona ou lidocaína devem ser considerada como antiarrítmico de primeira escolha para FV/TVSP que não responde a RCP, desfibrilação e vasopressor.		
O uso de lidocaína pode ser considerado alternativa na PCR em FV/TVSP.		

O uso precoce de betabloqueadores pode ser considerado em pacientes pós-RCE por ritmos de FV/TVSP. Atropina não é recomendada no tratamento da PCR.		
Não existem benefícios com a administração rotineira de bicarbonato de sódio durante a PCR.		
Não se recomenda o uso rotineiro de sulfato de magnésio na RCP.		
A administração rotineira de cálcio, durante a PCR, não é recomendada. Fibrinolíticos não devem ser administrados rotineiramente na PCR.		

## APÊNDICE H- ESCALA “SELF-CONFIDENCE SCALE (SCE)” VERSÃO PORTUGUESA

### Escala de auto-confiança

Self-confidence Scale - National Council of State Boards of Nursing, Inc (2009)

Para os itens seguintes, assinale com “X” o seu nível de auto-confiança.

	Nada confiante	Pouco confiante	Confiante	Muito confiante	Extrema- mente confiante
Quão confiante está de ser capaz de reconhecer sinais e sintomas de um evento cardíaco?					
Quão confiante está de ser capaz de reconhecer sinais e sintomas de um evento respiratório?					
Quão confiante está de ser capaz de reconhecer sinais e sintomas de um evento neurológico?					
Quão confiante está de ser capaz de avaliar com precisão um indivíduo com dor torácica?					
Quão confiante está de ser capaz de avaliar com precisão um indivíduo com dispneia?					
Quão confiante está de ser capaz de avaliar com precisão um indivíduo com alteração do estado mental?					
Quão confiante está de ser capaz de intervir apropriadamente num indivíduo com dor torácica?					
Quão confiante está de ser capaz de intervir apropriadamente num indivíduo com dispneia?					
Quão confiante está de ser capaz de intervir apropriadamente num indivíduo com alteração do estado mental?					
Quão confiante está de ser capaz de avaliar a eficácia das suas intervenções num indivíduo com dor torácica?					
Quão confiante está de ser capaz de avaliar a eficácia das suas intervenções num indivíduo com dispneia?					
Quão confiante está de ser capaz de avaliar a eficácia das suas intervenções num indivíduo com alteração do estado mental?					

Martins, J.; Baptista, R.; Coutinho, V.; Mazzo, A.; Rodrigues, A. & Mendes, I. (2014). Autoconfiança para intervenção em emergências: adaptação e validação cultural da *Self-confidence Scale* em estudantes de Enfermagem. *Rev. Latino-Am.* 22(4):554-61. DOI: 10.1590/0104-1169.3128.2451.

**APÊNDICE I: Cenário 1: Atendimento ao paciente em Fibrilação Ventricular (FV) em ambiente hospitalar.**

<p><b>Conhecimento prévio do aprendiz: para o estudante poder participar da atividade o mesmo deverá ter cursado uma disciplina com conteúdo de Suporte Básico de Vida (SBV) e Suporte Avançado de Vida (SAV).</b></p>
<p><b>Público Alvo: Aprendizes adultos (estudantes de Graduação em Enfermagem)</b></p>
<p><b>Modalidade: Cenário clínico simulado em laboratório</b></p>
<p><b>Objetivo geral de aprendizagem: Liderar e conduzir decisões perante a equipe de enfermagem na assistência ao paciente com Fibrilação Ventricular.</b></p>
<p><b>Objetivos específicos de aprendizagem:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>O participante líder deverá perceber a necessidade de orientação da equipe quanto a segurança do local do atendimento;</b></li><li>• <b>O participante líder deverá conduzir a avaliação da responsividade da vítima e reconhecimento do ritmo de Parada Cardiorrespiratória (PCR);</b></li><li>• <b>O participante líder deverá coordenar o início da Reanimação Cardiopulmonar (compressões torácicas e assistência a via aérea respiratória invasiva) entre os membros da equipe.</b></li></ul>
<p><b>Objetivos que estarão disponíveis para os participantes antes da experiência da simulação: Comunicar a todos os participantes o objetivo geral de aprendizagem.</b></p>
<p><b>Fundamentação Teórica: Diretrizes da American Heart Association (AHA) (2020-2025), vídeos e aula expositiva dialogada sobre a temática.</b></p>

**Facilitador(es):** Docente responsável com experiência teórica e clínica em simulação clínica ou enfermeiro da área de Terapia Intensiva ou Urgência e Emergência.

***Pré Briefing:*** Os participantes deverão ter o conhecimento, o nível de experiência e bagagem teórica na temática garantidos previamente por conteúdo curricular. Cerca de 7 dias antes da capacitação, será encaminhado materiais teóricos e vídeos sobre o tema.

***Briefing:*** Antes do início do cenário, os pesquisadores/facilitadores realizarão o *briefing* com os participantes demonstrando os recursos dos cenários.

**Ponto de início do cenário:** O estudante no papel de líder estará com os olhos vendados e deverá iniciar o reconhecimento da cena através da comunicação com os estudantes membros da equipe.

**Caso simulado:** Paciente C.M.V, masculino, 50 anos, internado na Unidade Coronariana por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Glasgow 3T, entubado com cânula orotraqueal n. 8,0 em ventilação mecânica, com cateter venoso central em subclávia direita infundindo sedação e Soro Fisiológico 0,9%, sonda vesical de demora em drenagem espontânea. A fisioterapeuta do plantão pedirá ajuda da equipe de enfermagem para avaliar o paciente, no momento em que os membros da equipe se aproximarem do leito o paciente estará em PCR em ritmo de FV.

**Ponto final do cenário:** momento em que o líder atinge os resultados esperados conforme os objetivos de aprendizagem ou quando os objetivos não são atingidos e o tempo de cenário se esgota.

**Projeção do caso simulado:** Todo o cenário e o contexto serão relatados verbalmente para os participantes e encontrados no prontuário do paciente.

**Pistas:** As pistas padronizadas poderão ocorrer em resposta às ações dos participantes para direcioná-los quando houver desvio do objetivo pretendido. Poderá ser realizada verbalmente (por exemplo, através do facilitador ou um participante a entrar na cena), visualmente (por exemplo através de mudanças de sinais vitais ou ritmo cardíaco no monitor).

**Tempo do cenário:** Espera-se que os objetivos sejam atingidos entre 5 a 10 minutos.

**Identificação de ações críticas de desempenho:**

O participante líder não direciona a equipe para a avaliação da responsividade da vítima e reconhecimento do ritmo de Parada Cardiorrespiratória (PCR);

Os membros da equipe não conseguem identificar e relatar o ritmo cardíaco ao líder,

O participante líder não consegue conduzir o início da Reanimação Cardiopulmonar (compressões torácicas e assistência a via aérea respiratória invasiva) entre os membros da equipe ou direciona conduta não estabelecida na *American Heart Association* (AHA-2020).

**Complexidade do cenário:** alta complexidade.

**Fidelidade física ou ambiental do cenário:** alta fidelidade

**Fidelidade conceitual:** simulador com ausência de pulso, ritmo cardíaco de FV, ao retornar da PCR retornar pulso e ritmo sinusal, parâmetros vitais de estabilidade hemodinâmica.

**Fidelidade psicológica:** barulhos e luzes tipicamente associados com o ambiente simulado de uma Unidade Coronariana.

**Recursos materiais utilizados no cenário:** A unidade apresentará cama hospitalar, régua de rede de gases, escada, rouparia hospitalar, biombos, suporte de soro, *hamper* para roupas sujas, prontuário do paciente com histórico de enfermagem e SSVV, simulador de alta complexidade, laboratório em ambiente hospitalar, cama hospitalar, monitor multiparamétrico e carrinho de emergência com Desfibrilador Manual Convencional, bomba de infusão, cateter venoso central.

Todos os insumos descartáveis necessários ao cuidado do paciente deverão ser disponibilizados.

**Documentação** (*checklist*, data elaboração e revisão, descrição do cenário para o instrutor, descrição do roteiro para os atores, diagnóstico médico, estrutura do caso proposto/resumo, roteiro/instruções): Checklist construído e validado pelos autores para avaliação da comunicação durante os cenários.

Prontuários do paciente para consulta pelo participante.

**Recursos humanos utilizados no cenário:** 1 (um) ator (interpretará o fisioterapeuta).

**Caracterização do ator:** O ator que exercer o papel fisioterapeuta deverá estar vestido com vestimenta hospitalar (uniforme ou jaleco).

**Treino da equipe para a atividade:** O ator deverá receber o caso clínico, as orientações referentes a fala e respostas a serem fornecidas no caso clínico, ou seja, os *Scripts*. Toda a equipe deverá ter conhecimento sobre os objetivos do cenário a serem alcançados pelos participantes. O ator receberá orientações quanto às pistas que poderão ser utilizadas para conduzir os estudantes ao sucesso da aprendizagem.

**Debriefing:** Logo após o término do cenário, os facilitadores reunirão os alunos participantes do cenário para juntamente com os demais estudantes, na sala e que assistiram o cenário clínico simulado, a realizar o *debriefing* estruturado.

**Avaliação:** Acontecerá após a finalização de todos os cenários em um momento único a avaliação formativa, aplicação de *checklist* de pós teste escrito sobre conhecimentos, habilidade e atitudes em RCP de pacientes adultos e a Escala *Self-confidence Scale* (SCE).

**APÊNDICE J: Cenário 2: Atendimento ao paciente em Taquicardia Ventricular sem pulso (TV) em ambiente hospitalar.**

**Conhecimento prévio do aprendiz:** para o estudante poder participar da atividade o mesmo deverá ter cursado uma disciplina com conteúdo de Suporte Básico de Vida (SBV) e Suporte Avançado de Vida (SAV).

**Público Alvo:** Aprendizes adultos (estudantes de Graduação em Enfermagem)

**Modalidade:** Cenário clínico simulado em laboratório

**Objetivo geral de aprendizagem:** Liderar e conduzir decisões perante a equipe de enfermagem na assistência ao paciente com Taquicardia Ventricular sem pulso.

**Objetivos específicos de aprendizagem:**

- O participante líder deverá conduzir a avaliação da responsividade da vítima e reconhecimento do ritmo de Parada Cardiorrespiratória (PCR);
- O participante líder deverá coordenar o início da Reanimação Cardiopulmonar (compressões torácicas e assistência a via aérea respiratória não invasiva) entre os membros da equipe.
- O participante deverá solicitar que o membro da equipe busque o carrinho de emergência e prepare o desfibrilador.

**Objetivos que estarão disponíveis para os participantes antes da experiência da simulação: Comunicar a todos os participantes o objetivo geral de aprendizagem.**

**Fundamentação Teórica: Diretrizes da American Heart Association (AHA) (2020-2025), vídeos e aula expositiva dialogada sobre a temática.**

**Facilitador(es): Docente responsável com experiência teórica e clínica em simulação clínica ou enfermeiro da área de Terapia Intensiva ou Urgência e Emergência.**

***Pré Briefing:* Os participantes deverão ter o conhecimento, o nível de experiência e bagagem teórica na temática garantidos previamente por conteúdo curricular. Cerca de 7 dias antes da capacitação, será encaminhado materiais teóricos e vídeos sobre o tema.**

***Briefing:* Antes do início do cenário, os pesquisadores/facilitadores realizarão o *briefing* com os participantes demonstrando os recursos dos cenários.**

**Ponto de início do cenário:** O estudante no papel de líder estará com os olhos vendados e deverá iniciar o reconhecimento da cena através da comunicação com os estudantes membros da equipe.

**Caso simulado:** Paciente D.L, masculino, 37 anos, internado na enfermaria em Pós Operatório Imediato (POI) de colectomia segmentar à esquerda. Apresenta SNG em drenagem, colostomia e dreno de blake em abdome em QSE, SVD com baixo débito de diurese e mantendo jejum até segunda ordem, com acesso venoso no dorso da mão do membro superior direito com cateter curto flexível nº 22, sem sinais flogísticos. Abdome pouco distendido, com ferida operatória em região abdominal mediana com aspecto limpo e seco, sem sinais flogísticos e colostomia à esquerda funcionando (fezes semi-pastosa em grande quantidade). Paciente apresenta grande volume de sangue vermelho vivo em dreno abdominal, hipotensão, bradicardia e PCR. A técnica de enfermagem solicita ajuda à equipe para avaliar o paciente, no momento em que os membros da equipe se aproximarem do leito o paciente estará em PCR em ritmo de TV

**Ponto final do cenário:** momento em que o líder atinge os resultados esperados conforme os objetivos de aprendizagem ou quando os objetivos não são atingidos e o tempo de cenário se esgota.

**Projeção do caso simulado:** Todo o cenário e o contexto serão relatados verbalmente para os participantes e encontrados no prontuário do paciente.

**Pistas:** As pistas padronizadas poderão ocorrer em resposta às ações dos participantes para direcioná-los quando houver desvio do objetivo pretendido. Poderá ser realizada verbalmente (por exemplo, através do facilitador ou um participante a entrar na cena), visualmente (por exemplo através de mudanças de sinais vitais ou ritmo cardíaco no monitor).

**Tempo do cenário:** Espera-se que os objetivos sejam atingidos entre 5 a 10 minutos.

**Identificação de ações críticas de desempenho:**

**O participante líder não direciona a equipe para a avaliação da responsividade da vítima e reconhecimento do ritmo de Parada Cardiorrespiratória (PCR);**

**Os membros da equipe não conseguem identificar e relatar o ritmo cardíaco ao líder,**

**O participante líder não consegue conduzir o início da Reanimação Cardiopulmonar (compressões torácicas e assistência a via aérea respiratória não invasiva) entre os membros da equipe ou direciona conduta não estabelecida na *American Heart Association* (AHA-2020).**

**O participante líder não conduz a equipe para o preparo do desfibrilador em Ritmo Chocável (TV sem pulso).**

**Complexidade do cenário:** alta complexidade.

**Fidelidade física ou ambiental do cenário:** alta fidelidade

**Fidelidade conceitual:** simulador com ausência de pulso, ritmo cardíaco de TV sem pulso, ao retornar da PCR retornar pulso e ritmo sinusal, parâmetros vitais de estabilidade hemodinâmica.

**Fidelidade psicológica:** barulhos e luzes tipicamente associados com o ambiente simulado de uma Unidade Coronariana.

**Recursos materiais utilizados no cenário:** A unidade apresentará cama hospitalar, régua de rede de gases, escada, rouparia hospitalar, biombos, suporte de soro, *hamper* para roupas sujas, prontuário do paciente com histórico de enfermagem e SSVV, simulador de alta complexidade, laboratório em ambiente hospitalar, cama hospitalar, monitor multiparamétrico e carrinho de emergência com Desfibrilador Manual Convencional, bomba de infusão, cateter venoso central.

Todos os insumos descartáveis necessários ao cuidado do paciente deverão ser disponibilizados.

**Documentação** (*checklist*, data elaboração e revisão, descrição do cenário para o instrutor, descrição do roteiro para os atores, diagnóstico médico, estrutura do caso proposto/resumo, roteiro/instruções): Checklist construído e validado pelos autores para avaliação da comunicação durante os cenários.

Prontuários do paciente para consulta pelo participante.

**Recursos humanos utilizados no cenário:** 1 (um) ator (interpretará a técnica de enfermagem).

**Caracterização do ator:** O ator que exercer o papel de técnica de enfermagem deverá estar vestido com vestimenta hospitalar (uniforme ou jaleco).

**Treino da equipe para a atividade:** O ator deverá receber o caso clínico, as orientações referentes a fala e respostas a serem fornecidas no caso clínico, ou seja, os *Scripts*. Toda a equipe deverá ter conhecimento sobre os objetivos do cenário a serem alcançados pelos participantes. O ator receberá orientações quanto às pistas que poderão ser utilizadas para conduzir os estudantes ao sucesso da aprendizagem.

**Debriefing:** Logo após o término do cenário, os facilitadores reunirão os alunos participantes do cenário para juntamente com os demais estudantes, na sala e que assistiram o cenário clínico simulado, a realizar o *debriefing* estruturado.

**Avaliação:** Acontecerá após a finalização de todos os cenários em um momento único a avaliação formativa, aplicação de *checklist* de pós teste escrito sobre conhecimentos, habilidade e atitudes em RCP de pacientes adultos e a Escala *Self-confidence Scale* (SCE).

**APÊNDICE K: Cenário 3: Atendimento ao paciente em FV na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com o uso do DEA**

<p><b>Conhecimento prévio do aprendiz:</b> para o estudante poder participar da atividade o mesmo deverá ter cursado uma disciplina com conteúdo de Suporte Básico de Vida (SBV) e Suporte Avançado de Vida (SAV).</p>
<p><b>Público Alvo:</b> Aprendizes adultos (estudantes de Graduação em Enfermagem)</p>
<p><b>Modalidade:</b> Cenário clínico simulado em laboratório</p>
<p><b>Objetivo geral de aprendizagem:</b> Liderar e conduzir decisões perante a equipe de enfermagem na assistência ao paciente com Fibrilação Ventricular em ambiente extra hospitalar com uso do DEA.</p>
<p><b>Objetivos específicos de aprendizagem:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● O participante líder deverá perceber a necessidade de orientação da equipe quanto a segurança do local do atendimento;</li> <li>● O participante líder deverá conduzir a avaliação da responsividade da vítima e reconhecimento do ritmo de Parada Cardiorrespiratória (PCR);</li> <li>● O participante líder deverá coordenar o início da Reanimação Cardiopulmonar (compressões torácicas) e solicitação do uso do DEA entre os membros da equipe.</li> <li>● O participante líder conduzirá os ciclos de RCP com o uso até a finalização do caso.</li> </ul>

<p><b>Objetivos que estarão disponíveis para os participantes antes da experiência da simulação: Comunicar a todos os participantes o objetivo geral de aprendizagem.</b></p>
<p><b>Fundamentação Teórica: Diretrizes da American Heart Association (AHA) (2020-2025), vídeos e aula expositiva dialogada sobre a temática.</b></p>
<p><b>Facilitador(es): Docente responsável com experiência teórica e clínica em simulação clínica ou enfermeiro da área de Terapia Intensiva ou Urgência e Emergência.</b></p>
<p><b><i>Pré Briefing:</i> Os participantes deverão ter o conhecimento, o nível de experiência e bagagem teórica na temática garantidos previamente por conteúdo curricular. Cerca de 7 dias antes da capacitação, será encaminhado materiais teóricos e vídeos sobre o tema.</b></p>
<p><b><i>Briefing:</i> Antes do início do cenário, os pesquisadores/facilitadores realizarão o <i>briefing</i> com os participantes demonstrando os recursos dos cenários.</b></p>
<p><b>Ponto de início do cenário: O estudante no papel de líder estará com os olhos vendados e deverá iniciar o reconhecimento da cena através da comunicação com os estudantes membros da equipe.</b></p> <p><b>Caso simulado: Paciente F.M.L, 65 anos, masculino, aguarda em maca atendimento na UPA, com dispnéia aos pequenos esforços a esclarecer, apresenta rebaixamento do nível de consciência e PCR. O acompanhante solicitará ajuda da equipe de saúde.</b></p>

**Ponto final do cenário: momento em que o líder atinge os resultados esperados conforme os objetivos de aprendizagem ou quando os objetivos não são atingidos e o tempo de cenário se esgota.**

**Projeção do caso simulado: Todo o cenário e o contexto serão relatados verbalmente para os participantes e encontrados no prontuário do paciente.**

**Pistas: As pistas padronizadas poderão ocorrer em resposta às ações dos participantes para direcioná-los quando houver desvio do objetivo pretendido. Poderá ser realizada verbalmente (por exemplo, através do facilitador ou um participante a entrar na cena).**

**Tempo do cenário: Espera-se que os objetivos sejam atingidos entre 5 a 10 minutos.**

**Identificação de ações críticas de desempenho:**

**O participante líder não direciona o início da Reanimação Cardiopulmonar (compressões torácicas) e não solicita o uso do DEA entre os membros da equipe.**

**O participante líder não direciona adequadamente os membros sobre o início do uso do DEA.**

**Complexidade do cenário: alta complexidade.**

**Fidelidade física ou ambiental do cenário: alta fidelidade**

**Fidelidade conceitual: simulador com ausência de pulso, ritmo cardíaco de FV.**

**Fidelidade psicológica: DEA de treinamento com presença de voz e luzes condutoras para a RCP, idêntico ao DEA original.**

**Recursos materiais utilizados no cenário: A unidade apresentará maca, régua de rede de gases, escada, biombos, suporte de soro, simulador de média complexidade, laboratório em ambiente de Pronto Atendimento, monitor multiparamétrico, DEA, bomba de infusão.**

**Todos os insumos descartáveis necessários ao cuidado do paciente deverão ser disponibilizados.**

**Documentação (*checklist*, data elaboração e revisão, descrição do cenário para o instrutor, descrição do roteiro para os atores, diagnóstico médico, estrutura do caso proposto/resumo, roteiro/instruções): Checklist construído e validado pelos autores para avaliação da comunicação durante os cenários.**

**Prontuários do paciente para consulta pelo participante.**

**Recursos humanos utilizados no cenário: 1 (um) ator (acompanhante).**

**Caracterização do ator: O ator que exercer o papel acompanhante deverá estar vestido com vestimenta de calça e camiseta.**

**Treino da equipe para a atividade: O ator deverá receber o caso clínico, as orientações referentes a fala e respostas a serem fornecidas no caso clínico, ou seja, os *Scripts*. Toda a equipe deverá ter conhecimento sobre os objetivos do cenário a serem alcançados pelos participantes. O ator receberá orientações quanto às pistas que poderão ser utilizadas para conduzir os estudantes ao sucesso da aprendizagem.**

**Debriefing:** Logo após o término do cenário, os facilitadores reunirão os alunos participantes do cenário para juntamente com os demais estudantes, na sala e que assistiram o cenário clínico simulado, a realizar o *debriefing* estruturado.

**Avaliação:** Acontecerá após a finalização de todos os cenários em um momento único a avaliação formativa, aplicação de *checklist* de pós teste escrito sobre conhecimentos, habilidade e atitudes em RCP de pacientes adultos e a Escala *Self-confidence Scale* (SCE).

**APÊNDICE L: Cenário 4: Atendimento ao paciente em Assistolia em domicílio pela equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.**

**Conhecimento prévio do aprendiz:** para o estudante poder participar da atividade o mesmo deverá ter cursado uma disciplina com conteúdo de Suporte Básico de Vida (SBV) e Suporte Avançado de Vida (SAV).

**Público Alvo:** Aprendizes adultos (estudantes de Graduação em Enfermagem)

**Modalidade:** Cenário clínico simulado em laboratório

**Objetivo geral de aprendizagem:** Liderar e conduzir decisões perante a equipe de enfermagem na assistência ao paciente em Assistolia em ambiente domiciliar.

**Objetivos específicos de aprendizagem:**

- O participante líder deverá perceber a necessidade de orientação da equipe quanto a segurança do local do atendimento;
- O participante líder deverá conduzir a avaliação da responsividade da vítima e reconhecimento do ritmo de Parada Cardiorrespiratória (PCR);
- O participante líder deverá coordenar o início da Reanimação Cardiopulmonar (compressões torácicas) e assistência ventilatória.
- O participante líder conduzirá os ciclos de RCP até a finalização do caso.

<p><b>Objetivos que estarão disponíveis para os participantes antes da experiência da simulação: Comunicar a todos os participantes o objetivo geral de aprendizagem.</b></p>
<p><b>Fundamentação Teórica: Diretrizes da American Heart Association (AHA) (2020-2025), vídeos e aula expositiva dialogada sobre a temática.</b></p>
<p><b>Facilitador(es): Docente responsável com experiência teórica e clínica em simulação clínica ou enfermeiro da área de Terapia Intensiva ou Urgência e Emergência.</b></p>
<p><b><i>Pré Briefing:</i> Os participantes deverão ter o conhecimento, o nível de experiência e bagagem teórica na temática garantidos previamente por conteúdo curricular. Cerca de 7 dias antes da capacitação, será encaminhado materiais teóricos e vídeos sobre o tema.</b></p>
<p><b><i>Briefing:</i> Antes do início do cenário, os pesquisadores/facilitadores realizarão o <i>briefing</i> com os participantes demonstrando os recursos dos cenários.</b></p>
<p><b>Ponto de início do cenário: O estudante no papel de líder estará com os olhos vendados e deverá iniciar o reconhecimento da cena através da comunicação com os estudantes membros da equipe.</b></p> <p><b>Caso simulado: Familiar solicita atendimento da Equipe do Serviço Móvel de Urgência (SAMU) relatando que a mãe portadora de Insuficiência Renal Crônica (IRC) não acorda, filha relata que por medo da pandemia COvid -19 a mãe não está indo nas sessões de hemodiálise.</b></p>

**Ponto final do cenário: momento em que o líder atinge os resultados esperados conforme os objetivos de aprendizagem ou quando os objetivos não são atingidos e o tempo de cenário se esgota.**

**Projeção do caso simulado: Todo o cenário e o contexto serão relatados verbalmente para os participantes e encontrados no prontuário do paciente.**

**Pistas: As pistas padronizadas poderão ocorrer em resposta às ações dos participantes para direcioná-los quando houver desvio do objetivo pretendido. Poderá ser realizada verbalmente (por exemplo, através do facilitador ou um participante a entrar na cena).**

**Tempo do cenário: Espera-se que os objetivos sejam atingidos entre 5 a 10 minutos.**

**Identificação de ações críticas de desempenho:**

**O participante líder não direciona o início da Reanimação Cardiopulmonar (compressões torácicas) e condutas indicadas para RCP em assistolia conforme AHA-2020.**

**Complexidade do cenário: alta complexidade.**

<p><b>Fidelidade física ou ambiental do cenário: alta fidelidade</b></p> <p><b>Fidelidade conceitual: simulador com ausência de pulso, DEA, equipamentos para atendimento domiciliar.</b></p> <p><b>Fidelidade psicológica: presença de familiar, contexto de atendimento domiciliar</b></p>
<p><b>Recursos materiais utilizados no cenário: A unidade apresentará ambiente domiciliar, com cômodos e móveis. Todos os insumos descartáveis necessários ao cuidado do paciente deverão ser disponibilizados.</b></p>
<p><b>Documentação (<i>checklist</i>, data elaboração e revisão, descrição do cenário para o instrutor, descrição do roteiro para os atores, diagnóstico médico, estrutura do caso proposto/resumo, roteiro/instruções): Checklist construído e validado pelos autores para avaliação da comunicação durante os cenários.</b></p> <p><b>Prontuários do paciente para consulta pelo participante.</b></p>
<p><b>Recursos humanos utilizados no cenário: 1 (um) ator (filha).</b></p>
<p><b>Caracterização do ator: A atriz que exercer o papel de filha deverá estar vestida com vestimenta de calça e blusa.</b></p>
<p><b>Treino da equipe para a atividade: O ator deverá receber o caso clínico, as orientações referentes a fala e respostas a serem fornecidas no caso clínico, ou seja, os <i>Scripts</i>. Toda a equipe deverá ter conhecimento sobre os objetivos do cenário a serem alcançados pelos participantes. O ator receberá orientações quanto às pistas que poderão ser utilizadas para conduzir os estudantes ao sucesso da aprendizagem.</b></p>
<p><b><i>Debriefing</i>: Logo após o término do cenário, os facilitadores reunirão os alunos participantes do cenário para juntamente com os demais estudantes, na sala e que assistiram o cenário clínico simulado, a realizar o <i>debriefing</i> estruturado.</b></p>

**Avaliação:** Acontecerá após a finalização de todos os cenários em um momento único a avaliação formativa, aplicação de *checklist* de pós teste escrito sobre conhecimentos, habilidade e atitudes em RCP de pacientes adultos e a Escala *Self-confidence Scale* (SCE).

**APÊNDICE M: Cenário 5: Atendimento ao paciente em caso Atividade Elétrica sem Pulso (AESP) em choque hemorrágico pós trauma em ambiente hospitalar**

**Conhecimento prévio do aprendiz:** para o estudante poder participar da atividade o mesmo deverá ter cursado uma disciplina com conteúdo de Suporte Básico de Vida (SBV) e Suporte Avançado de Vida (SAV).

**Público Alvo:** Aprendizes adultos (estudantes de Graduação em Enfermagem)

**Modalidade:** Cenário clínico simulado em laboratório

**Objetivo geral de aprendizagem:** Liderar e conduzir decisões perante a equipe de enfermagem na assistência ao paciente em Atividade Elétrica sem Pulso (AESP) em ambiente hospitalar.

**Objetivos específicos de aprendizagem:**

- O participante líder deverá perceber a necessidade de orientação da equipe quanto a segurança do local do atendimento;
- O participante líder deverá conduzir a avaliação da responsividade da vítima e reconhecimento do ritmo de Parada Cardiorrespiratória (PCR);
- O participante líder deverá coordenar o início da Reanimação Cardiopulmonar (compressões torácicas) e assistência ventilatória.
- O participante líder conduzirá os ciclos de RCP e medicamentos até a finalização do caso.

**Objetivos que estarão disponíveis para os participantes antes da experiência da simulação:** Comunicar a todos os participantes o objetivo geral de aprendizagem.

**Fundamentação Teórica:** Diretrizes da American Heart Association (AHA) (2020-2025), vídeos e aula expositiva dialogada sobre a temática.

**Facilitador(es):** Docente responsável com experiência teórica e clínica em simulação clínica ou enfermeiro da área de Terapia Intensiva ou Urgência e Emergência.

**Pré Briefing:** Os participantes deverão ter o conhecimento, o nível de experiência e bagagem teórica na temática garantidos previamente por conteúdo curricular. Cerca de 7 dias antes da capacitação, será encaminhado materiais teóricos e vídeos sobre o tema.

**Briefing:** Antes do início do cenário, os pesquisadores/facilitadores realizarão o *briefing* com os participantes demonstrando os recursos dos cenários.

**Ponto de início do cenário:** O estudante no papel de líder estará com os olhos vendados e deverá iniciar o reconhecimento da cena através da comunicação com os estudantes membros da equipe.

**Caso simulado:** Familiar solicita atendimento da Equipe do Serviço Móvel de Urgência (SAMU) relatando que a mãe portadora de Insuficiência Renal Crônica (IRC) não acorda, filha relata que por medo da pandemia COvid -19 a mãe não está indo nas sessões de hemodiálise.

**Ponto final do cenário:** momento em que o líder atinge os resultados esperados conforme os objetivos de aprendizagem ou quando os objetivos não são atingidos e o tempo de cenário se esgota.

**Projeção do caso simulado:** Todo o cenário e o contexto serão relatados verbalmente para os participantes e encontrados no prontuário do paciente.

**Pistas:** As pistas padronizadas poderão ocorrer em resposta às ações dos participantes para direcioná-los quando houver desvio do objetivo pretendido. Poderá ser realizada verbalmente (por exemplo, através do facilitador ou um participante a entrar na cena).

**Tempo do cenário:** Espera-se que os objetivos sejam atingidos entre 5 a 10 minutos.

**Identificação de ações críticas de desempenho:**

O participante líder não direciona o início da Reanimação Cardiopulmonar (compressões torácicas) e condutas indicadas para RCP em assistolia conforme AHA-2020.

**Complexidade do cenário:** alta complexidade.

**Fidelidade física ou ambiental do cenário:** alta fidelidade

**Fidelidade conceitual:** simulador com ausência de pulso, DEA, equipamentos para atendimento domiciliar.

**Fidelidade psicológica:** presença de familiar, contexto de atendimento domiciliar

**Recursos materiais utilizados no cenário:** A unidade apresentará ambiente domiciliar, com cômodos e móveis. Todos os insumos descartáveis necessários ao cuidado do paciente deverão ser disponibilizados.

**Documentação (*checklist*, data elaboração e revisão, descrição do cenário para o instrutor, descrição do roteiro para os atores, diagnóstico médico, estrutura do caso proposto/resumo, roteiro/instruções): Checklist construído e validado pelos autores para avaliação da comunicação durante os cenários.**

**Prontuários do paciente para consulta pelo participante.**

**Recursos humanos utilizados no cenário: 1 (um) ator (filha).**

**Caracterização do ator: A atriz que exercer o papel de filha deverá estar vestida com vestimenta de calça e blusa.**

**Treino da equipe para a atividade: O ator deverá receber o caso clínico, as orientações referentes a fala e respostas a serem fornecidas no caso clínico, ou seja, os *Scripts*. Toda a equipe deverá ter conhecimento sobre os objetivos do cenário a serem alcançados pelos participantes. O ator receberá orientações quanto às pistas que poderão ser utilizadas para conduzir os estudantes ao sucesso da aprendizagem.**

***Debriefing*: Logo após o término do cenário, os facilitadores reunirão os alunos participantes do cenário para juntamente com os demais estudantes, na sala e que assistiram o cenário clínico simulado, a realizar o *debriefing* estruturado.**

**Avaliação: Acontecerá após a finalização de todos os cenários em um momento único a avaliação formativa, aplicação de *checklist* de pós teste escrito sobre conhecimentos, habilidade e atitudes em RCP de pacientes adultos e a Escala *Self-confidence Scale* (SCE).**

