

## Cenário de simulação interdisciplinar na educação em enfermagem: parto e nascimento humanizados\*

Luciana Mara Monti Fonseca<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-5831-8789>

Juliana Cristina dos Santos Monteiro<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-6470-673X>

Natália Del'Angelo Aredes<sup>2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-1661-8601>

Juliana Villela Bueno<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-4909-9374>

Aline Natália Domingues<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-6764-7146>

Verônica Rita Dias Coutinho<sup>3</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-8073-4562>

Rui Carlos Negrão Baptista<sup>3</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-4125-1186>

**Objetivo:** desenvolver e validar junto a um painel de *experts* um cenário de simulação clínica materno-infantil, relacionado ao parto e nascimento humanizados. **Método:** estudo metodológico baseado no referencial de Jeffries e guias padronizados da *International Nursing Association for Clinical Simulation in Learning*, que utilizou análise com estatística descritiva para aspectos gerais de adesão aos guias supracitados e inferencial para validação do *checklist* de ações por meio de *Intraclass Correlation Coefficient* (ICC). **Resultados:** o cenário contém objetivos de aprendizagem, recursos necessários, orientações de *prebriefing* e *debriefing*, descrição da situação simulada, participantes e papéis, e *checklist* de ações esperadas. A validação obteve nível de concordância superior a 80% em todos os aspectos avaliados por 31 *experts*, destacando realismo do ambiente e cenário, parâmetros de sinais vitais, alinhamento com a literatura científica e estímulo ao pensamento crítico e resolução de problemas. Ainda, foi validado o *checklist* de ações com concordância de 0,899 entre *experts*, analisado estatisticamente pelo teste de ICC e alpha de Cronbach 0,908 (intervalo de confiança 95%). **Conclusão:** o cenário simulado sobre parto e nascimento humanizados pode fortalecer a articulação entre as disciplinas de saúde da mulher e da criança, e foi validado por *experts*.

**Descritores:** Simulação; Parto Humanizado; Enfermagem Obstétrica; Enfermagem Neonatal; Educação em Enfermagem; Ensino.

\* Este artigo refere-se à chamada temática "Tecnologias educacionais e métodos pedagógicos inovadores na formação de recursos humanos em saúde". Apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - Bolsa Produtividade DT - Proc. 301428/2016-6, Brasil.

<sup>1</sup> Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem, Goiânia, GO, Brasil.

<sup>3</sup> Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal.

### Como citar este artigo

Fonseca LMM, Monteiro JCS, Aredes NDA, Bueno JV, Domingues AN, Coutinho VRD, Baptista RCN. Interdisciplinary simulation scenario in nursing education: Humanized childbirth and birth. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020;28:e3286.

[Access    ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3681.3286>.

mês dia ano

URL

## Introdução

A complexidade das situações de saúde com as quais os profissionais de enfermagem se deparam, no seu cotidiano, demanda um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que devem ser mobilizados de maneira articulada para contemplar as necessidades de saúde da população<sup>(1)</sup>.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para a Enfermagem determinam que a aprendizagem seja centrada no estudante como sujeito ativo desse processo, tendo o professor o papel de facilitador e mediador<sup>(2)</sup>. Tal documento direcionou mudanças curriculares nos projetos pedagógicos dos cursos em todo o país, e sua nova versão preliminar – aprovada pela Comissão Nacional de Saúde em 2018 – apresenta elementos compatíveis com esta vertente destacando-a ainda mais.

Contudo, para que tais diretrizes sejam traduzidas em melhorias no processo ensino-aprendizagem, é preciso investir em uma formação pautada em metodologias ativas, que possibilitem a aprendizagem significativa<sup>(3)</sup>.

Nesse contexto, a simulação clínica destaca-se como uma estratégia alinhada ao modelo de pedagogia ativa, possibilitando ao estudante a oportunidade de desenvolver aprendizagens complexas ao vivenciar situações realísticas em um ambiente seguro e livre de riscos<sup>(3)</sup>. Por meio de práticas simuladas, o estudante/profissional de saúde pode aperfeiçoar habilidades técnicas, de comunicação e também comportamentais, desenvolver observação crítica, aprender a trabalhar em equipe, exercitar o raciocínio clínico e o processo decisório<sup>(1)</sup>.

A simulação clínica, ou realística, tem um atributo educacional importante no aperfeiçoamento do desempenho de estudantes nos cenários de prática, por possibilitar a execução de uma ação assistencial em ambiente seguro, em que é possível errar sem prejudicar a si mesmos e aos outros, refletir sobre o erro e definir novas estratégias com rumo ao acerto antes de serem submetido à prática assistencial<sup>(4-5)</sup>.

Outra vantagem importante da simulação, que em especial motivou a realização deste trabalho, é a possibilidade de interface entre conteúdos e temas geralmente fragmentados em diferentes disciplinas. Por possibilitar a articulação de conteúdos na perspectiva interdisciplinar, a simulação ganha destaque na educação por competências e no exercício do raciocínio clínico com vistas ao atendimento integral em saúde. Assim, o objetivo desta pesquisa foi desenvolver e validar um cenário de simulação na área materno-infantil relacionado ao parto e nascimento humanizado.

## Método

Pesquisa metodológica de desenvolvimento de cenário de simulação clínica na perspectiva interdisciplinar e validação com *experts* no tema de saúde da mulher e da criança, realizado no primeiro trimestre de 2019.

Para o desenvolvimento do cenário de simulação, adotamos o referencial proposto por Jeffries<sup>(6)</sup> que é composto pelos seguintes elementos: identificação do tema, objetivos da simulação, participantes, cenário e processo de *debriefing*, além dos guias de elaboração padronizados pela *International Nursing Association for Clinical Simulation in Learning* (INACSL)<sup>(7)</sup>.

O tema “parto humanizado” surgiu a partir da relevância de articular os saberes do cuidado à mulher e à criança no momento do parto e nascimento, problematizando situações reais em ambiente simulado em laboratório. Este cenário foi desenvolvido como atividade de um curso de formação para docentes, ministrado na instituição em que se realizou a pesquisa, por especialistas europeus em simulação. O cenário foi inicialmente apresentado aos participantes deste curso e, a partir dessa atividade, o cenário foi aprimorado com as sugestões dos participantes e especialistas ministrantes do curso para docentes.

O cenário desenvolvido é passível de condução por professores e facilitadores das duas áreas, que geralmente se separam em disciplinas nos cursos da área da saúde, mas que se relacionam intrinsecamente no processo assistencial.

Para a validação deste cenário, oferecemos um curso de atualização sobre a humanização da assistência obstétrica e neonatal em que os participantes foram convidados a validar o cenário de simulação, com a informação de que o não aceite não implicaria na continuidade de participação no curso, nem representaria ônus de qualquer natureza. Todos os convidados aceitaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 02457118.9.0000.5393) ofício n. 3.134.086/2019, no dia 06 de fevereiro de 2019 e seguiu todos os preceitos éticos previstos pela Resolução 466/2012.

A partir do aceite, os participantes do curso foram divididos em três grupos (com 10, 10 e 11 participantes) para a simulação, sendo que, em cada grupo, se voluntariaram dois participantes para executarem a atuação no cenário, cuja duração média foi de 10 minutos. Como convencionalmente estabelecido na simulação, os demais integrantes dos grupos observaram e participaram na etapa de *debriefing*.

Participaram da etapa de validação 31 especialistas de enfermagem na saúde da mulher e da criança, sendo docentes, enfermeiros atuantes em serviços de

saúde com ênfase na assistência materno-infantil e pós-graduandos nesta mesma área do conhecimento, número considerado excelente para o processo de validação<sup>(8)</sup>.

A validação ocorreu em um Centro de Simulação e o cenário desenvolvido foi de alta fidelidade conceitual, emocional e ambiental, com atores e facilitadores experientes e especialmente capacitados para o cenário da pesquisa.

Assim, para a coleta de dados do presente estudo, desenvolvemos um instrumento a partir de um trabalho de validação de simulação robótica<sup>(9)</sup>, do grupo *Bay Area Simulation Collaborative* (BASC) para validação de cenários<sup>(10)</sup> e da *Simulation Design Scale*, traduzida e validada para a língua portuguesa<sup>(11)</sup>, sendo que incluímos também um espaço aberto para comentários dos *experts*.

Para aprimoramento do cenário e do instrumento desenvolvido anteriormente à coleta de dados, realizamos um estudo piloto entre os facilitadores, atores e pós-graduandos convidados, totalizando seis participantes, momento em que foi realizado ensaio dos atores e alinhamento entre os facilitadores, bem como manejo do simulador obstétrico de alta fidelidade utilizado na simulação.

Após a finalização da simulação (*prebriefing*, cena e *debriefing*), os participantes preencheram os instrumentos de validação.

Para a validade foi utilizado o percentual de concordância, que considerou como satisfatório o mínimo de 80% entre os *experts*<sup>(8)</sup>. Para garantir a validação do instrumento foi conduzida análise de concordância por meio do SPSS versão 21.0 em busca de medir a consistência das decisões dos avaliadores<sup>(12)</sup> por meio do teste de *Intraclass Correlation Coefficient* - ICC. O ICC é um método estatístico que permite medir confiabilidade de avaliações refletindo tanto o grau de correlação quanto de concordância entre avaliadores<sup>(13)</sup> e, para atender à finalidade proposta no estudo, foi utilizada a análise de concordância absoluta, de modo a medir se os diferentes *experts* atribuíam escores semelhantes utilizando o instrumento proposto.

Os pontos de corte da análise de ICC geralmente variam a depender do referencial, mas sempre com valores entre 0 e 1, indicando alta correlação quanto mais próximo de 1 e baixa correlação quanto mais próximo de 0. No presente estudo adotamos o referencial que define:  $ICC < 0,4$  como fraco;  $0,59 > ICC > 0,4$  como regular;  $0,74 > ICC > 0,59$  como bom e  $1,0 > ICC > 0,74$  como excelente<sup>(14)</sup>.

Além disso, a análise descritiva avaliou o cenário de simulação quanto às informações contidas que norteiam o estudante na resolução da situação problema, alinhamento às evidências científicas, realismo, recursos utilizados, nível de dificuldade e *debriefing*.

## Resultados

Como resultado do primeiro objetivo deste estudo, o de desenvolver o cenário de simulação, este foi denominado "Parto e nascimento humanizados" e teve como objetivos de aprendizagem: oferecer assistência humanizada durante o parto e nascimento e avaliar clinicamente a mulher e o recém-nascido (RN), no intuito de estimular o contato pele a pele e o aleitamento materno na primeira hora de vida.

A cena simulada apresenta, em linhas gerais, uma parturiente primigesta, adolescente, acompanhada pela irmã na sala de parto em período expulsivo do parto. A parturiente encontra-se em posição ginecológica sendo atendida por um profissional de saúde especialista em obstetrícia com conduta desrespeitosa e desalinhada às boas práticas da humanização na assistência. O RN nasce corado, chorando e espirrando, Apgar 10/10 e é recepcionado pelo profissional de saúde representado por um ator que recomenda colocar o bebê no berço aquecido e chamar o pediatra. Neste momento, a simulação tem dois pontos de desfecho previstos: 1- o participante voluntário em cena sugere que pelas boas condições o RN seja colocado junto à mãe para contato pele a pele e amamentação, ou 2- o participante voluntário em cena coloca o RN no berço aquecido e chama o pediatra.

Quanto aos recursos necessários para implementar a simulação, recomendamos o que foi desenvolvido e validado neste estudo que consiste em: simulador obstétrico de alta fidelidade com simulador de RN, um ator ou atriz para representar o profissional de saúde que conduz o parto, um ator ou atriz para representar o pediatra que pode ser chamado para a cena e uma atriz para representar a irmã da parturiente. A decisão de mudar o acompanhante é livre e não interfere nos desfechos do cenário, podendo ser a pessoa que a parturiente desejar, como seu cônjuge, mãe, irmã ou irmão, amigo ou amiga, em adesão à Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005<sup>(15)</sup>.

Destacamos a importância de o simulador obstétrico permitir a percepção dos participantes de que está de fato ocorrendo um parto normal, viabilizado pela saída do bebê a partir de lubrificação do canal de parto simulado. O lubrificante aplicado no simulador deve ser compatível com a manutenção do material do mesmo, evitando riscos de depreciação do manequim.

A figura do profissional médico especialista em pediatria não foi originalmente incluída no cenário, mas após validação (descrita a seguir), os *experts* sugeriram sua inclusão para fortalecer a semelhança com os centros de parto reais.

É preciso que haja no ambiente simulado um berço aquecido, uma mesa auxiliar com materiais como

fluidos para infusão endovenosa e materiais de acesso venoso, glicosímetro com fitas, oxímetro, estetoscópio, esfigmomanômetro, campos estéreis e filtro de água com copos. Ainda na perspectiva de suporte ambiental, cabe salientar a importância de um prontuário físico com dados da parturiente, partograma, uma ficha com as variáveis da avaliação de Apgar e para registro dos dados do parto, que deverão ser preparados pelos professores previamente.

Para realização da simulação, o primeiro momento foi o *prebriefing*, que compreende um preparo prévio para o que será experienciado no cenário com base na temática. Assim, os participantes receberam previamente referências científicas para estudo sobre parto e nascimento com enfoque na humanização da assistência. No momento da atividade simulada com os participantes, no Centro de Simulação, o *prebriefing* seguiu as etapas: pactuação das regras, os papéis a serem desempenhados, o respeito mútuo e a confidencialidade. Assim, no *prebriefing*, para além destes itens, identificamos as experiências dos participantes em simulações anteriores e em parto e nascimento, esclarecemos que o objetivo geral do cenário seria a assistência neste contexto, informamos que o tempo estimado de cena seria de dez minutos e apresentamos o ambiente e o funcionamento dos equipamentos e manequins. Foi oferecido um momento para que os participantes se familiarizassem com o cenário. O *prebriefing* teve duração de cinco minutos.

Antes do participante voluntário em cena agir propriamente na situação problematizada, participou da passagem de plantão por um colega da unidade de saúde que apresentou os dados contidos na Figura 1.

PASSAGEM DE PLANTÃO
Simone, parturiente primigesta, 15 anos, com dilatação de 8 cm, está acompanhada pela irmã na sala de parto. Refere estar sentindo dores fortes com as contrações, mas está confiante quanto à via de parto vaginal decidida no pré-natal, que por sinal seguiu todos os passos e recomendações do Ministério da Saúde. PA=128x80 mmHg, FC=98 bpm, saturação de oxigênio=97%. Sem analgesia, sem soro.

Figura 1 - Dados referentes à passagem de plantão no cenário simulado de parto e nascimento humanizados. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019

Imediatamente após o *prebriefing*, na cena simulada, o papel dos atores foi estabelecido da seguinte forma:

- Acompanhante deveria permanecer ao lado da parturiente simulada segurando sua mão e falando palavras de apoio. Se, após o nascimento, o participante voluntário em cena encaminhasse o bebê ao berço aquecido como recomendado pelo

médico que conduziu o parto, a acompanhante deveria perguntar se não é possível colocar o bebê no colo da mãe, pois foi assim que lhes foi informado durante o pré-natal;

- Parturiente (simulador) tendo sua voz representada por um facilitador deveria perguntar ao participante voluntário em cena no período expulsivo se poderia beber água alegando bastante sede; e se o mesmo poderia segurar a sua mão, queixando-se de dor e pedindo que os profissionais não fizessem mais o toque;
- Profissional obstetra representaria conduta inadequada na perspectiva da humanização, e subestimaria a queixa de dor e de sede, respondendo que se precisar saber a dilatação repetirá o exame de toque e, mediante nascimento, orientaria o participante voluntário em cena a colocar o RN no berço aquecido e a chamar o pediatra, sem colocá-lo em contato com a mãe.
- Profissional médico pediatra estaria mais afastado do foco principal do cenário, podendo estar até mesmo em outra sala para ser acionado pelos envolvidos no cenário, apenas diante do desfecho 2 que envolve chamar o pediatra antes de colocar o binômio em contato.

Para o desenvolvimento do cenário simulado, o *checklist* de ações mínimas esperadas, que foi validado pelos *experts*, é apresentado na Figura 2 e traz as possibilidades de respostas dos avaliadores considerando além da realização ou não, se foi correta ou incorreta e se foi realizada no tempo adequado ou tardiamente pelo voluntário em cena.

Checklist de ações esperadas	1*	2†	3‡	4§
Realizar coleta de dados no prontuário (plano de parto)				
Apresentar-se à parturiente e acompanhante				
Atender as necessidades da parturiente				
Identificar sinais do RN que indicam índice de Apgar				
Apresentar autonomia e segurança para recepcionar o RN sem a necessidade de chamar o pediatra				
Colocar o RN em contato imediato pele a pele com a mulher e incentivar o início do aleitamento materno				
Secar o RN com campo estéril				
Cobrir o RN com campo seco				
Continuar incentivando o aleitamento materno				

\*1 = Não realizou; †2 = Realizou de forma incorreta; ‡3 = Realizou de forma correta no tempo incorreto; §4 = Realizou de forma correta no tempo correto

Figura 2 - *Checklist* de ações esperadas dos participantes voluntários em cena durante o cenário simulado Parto e nascimento humanizados. Ribeirão Preto, SP, 2019

Após a cena simulada, o *debriefing* foi conduzido enfocando nas discussões relativas ao cuidado humanizado

à parturiente e sua família, à assistência de enfermagem no parto de risco habitual, à avaliação do RN e escore de Apgar, necessidade ou não de intervenções a depender da condição do binômio, estímulo ao contato pele a pele entre mãe e bebê assim que clinicamente possível, e preferencialmente imediatamente após o nascimento e aleitamento materno na primeira hora de vida.

Em resposta ao segundo objetivo do estudo, a validação do cenário com *experts* contou com 31 enfermeiros, majoritariamente com idade entre 21 e 40 anos (93,5%) e curso de pós-graduação completo (77,4%), sobretudo especialização (41,9%), seguido de mestrado (29%) e doutorado (6,4%). A expressiva maioria dos enfermeiros que participaram deste estudo tinha mais que quatro anos decorridos desde a formação de graduação (n=26; 83,8%), sendo a área de especialidade bem dividida entre enfermagem obstétrica e saúde da mulher (n=13; 41,9%) e neonatologia, materno-infantil e saúde da criança (n=10; 32,25%), com especialistas participantes também em terapia intensiva e saúde da família.

No momento da coleta de dados, a área de atuação principal foi a assistência em saúde (n=23; 74,1%), sendo que alguns deles estavam também matriculados em cursos de pós-graduação. Participaram do processo de validação do cenário dois professores com titulação de doutorado.

Os achados revelaram que os *experts* julgaram a simulação adequada unanimemente quantos aos aspectos: realismo, apoio oferecido aos participantes durante o transcorrer da atividade como previsto no cenário escrito, objetivos de aprendizagem compatíveis com a situação simulada e o tipo do simulador utilizado em laboratório.

Dentre os 20 critérios avaliados, apenas dois obtiveram adequação menor que 90%, sendo o sumário do caso presente no cenário avaliado como adequado por 25 *experts* (80,6%) e parcialmente adequado pelos demais; e os dados fornecidos ao participante durante a simulação avaliado como adequado por 27 *experts* (87,1%) e como parcialmente adequado pelos demais.

Apenas um aspecto foi considerado inadequado por um dos enfermeiros no que se refere ao item que avaliava o parecer de alinhamento às evidências científicas disponíveis, mas, mediante análise de seu comentário livre no questionário, verificamos que a inconsistência não estava no que o cenário preconiza como ação esperada, e sim na forma como a atriz da simulação agiu. Desta forma, excluímos este *expert* na análise deste item, pois era esperado que a atriz de simulação problematizasse desvios às boas práticas clínicas, justamente para que o participante pudesse identificar inconsistência com a literatura científica.

A Figura 3 apresenta outros aspectos avaliados e o nível de adequação a eles conferidos pelos enfermeiros especialistas com frequência de aprovação entre 90,3% e 96,5%.

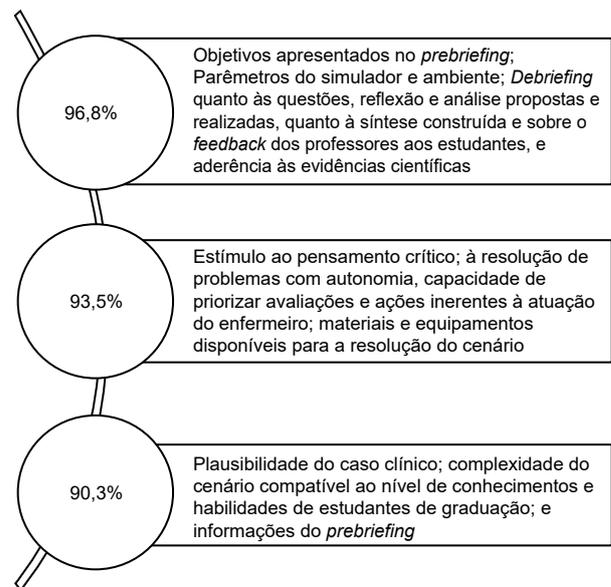


Figura 3 - Itens avaliados pelos *experts* e frequência de aprovação integral pelos *experts* entre 90,3% e 96,5%. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019

Com relação à avaliação dos comentários registrados pelos *experts* participantes, apresentamos abaixo o teor principal das falas, que foram classificadas nas categorias: 1- Pontos fortes do cenário e 2- Sugestões de melhoria.

Os aspectos positivos mais destacados pelos *experts* foi a capacidade de o cenário trazer "elementos suficientes para a avaliação crítica e tomada de decisão", e a classificação da simulação como sendo "realista e intensa", refletindo desafios reais do dia a dia na sala de parto pelo enfermeiro, como a ruptura da hierarquização de poderes dos profissionais de saúde de formação médica sobre os demais e a própria dificuldade de fortalecer o protagonismo da parturiente em partos conduzidos por profissionais que não adotam conduta humanizada.

No que se refere às sugestões de melhoria, os *experts* reforçaram a importância de utilizar o prontuário para passar o plantão no cenário e incluir mais informações da parturiente, como alimentação e hidratação, por exemplo. Ainda, sugeriram diminuição do período de parto expulsivo, iniciar a cena antes do período de parto expulsivo para permitir que o profissional se apresente à parturiente e acompanhante, não segurar o campo precocemente antes de um sinal claro de que o bebê está no canal vaginal e incluir o pediatra na cena.

Destacamos que outras sugestões foram registradas e se classificam como melhoria não do cenário proposto exclusivamente, mas sim da conduta preconizada em situações de parto humanizado como: informar na passagem de plantão o desejo da parturiente quanto ao seu posicionamento durante o parto, diminuição da intensidade de luminosidade e ruídos no ambiente,

clampagem tardia do cordão umbilical, oferta de maior tempo para aleitamento materno na primeira hora de vida.

Neste contexto, o cenário foi aperfeiçoado aderindo às sugestões nos seguintes elementos: 1- Inclusão no prontuário de mais informações sobre a parturiente, 2- Diminuição do período de parto expulsivo; 3- Apresentação do campo estéril pelo ator ou atriz que conduz o parto, apenas quando o bebê coroar; e 4- Inclusão, na descrição do cenário, da recomendação de mencionar que há um pediatra disponível, para ser acionado naquela sala de parto mediante demanda, ou então presente desde o início do cenário, próximo ao berço aquecido (porém sem função prevista no mesmo, atendendo ao pressuposto apenas de conferir maior realismo).

Os demais elementos sugeridos não foram considerados na adaptação do cenário porque consistiram ou na ação do participante da simulação e é variável a depender de sua conduta clínica; ou porque pretendiam justamente que este intervenha sobre adversidades para promover melhores condições à parturiente e acompanhante (como o controle de luminosidade e ruído na sala de parto).

Quanto ao nível de concordância entre os *experts* verificado por meio da ICC encontramos índice excelente de concordância (ICC=0,899) e alpha de Cronbach = 0,908. Este achado indica que os 31 avaliadores tiveram alta correlação de resposta nos itens avaliados, ao analisar o cenário simulado, o que corresponde a uma concordância da percepção da realização ou não das atividades pelos envolvidos durante a ação. Por meio desta análise foi possível validar a *checklist* de ações esperadas pelos participantes durante o cenário.

## Discussão

Os cursos de enfermagem vinculados às Instituições de Ensino Superior (IES) no Brasil têm sido desafiados a incorporar atividades teórico-práticas interdisciplinares em seus currículos, sobremaneira desde a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)<sup>(2)</sup>, no intuito de superar a fragmentação herdada da escola tradicional.

Por meio da interdisciplinaridade, que consiste na articulação dos saberes de diferentes disciplinas ou matérias com foco em desenvolver nos estudantes capacidades de problematização e de intervir no mundo<sup>(16)</sup>, é possível expandir o olhar dos aprendizes para além do que cada rol de conteúdos oferece, levando-os a compreender melhor como se identificam problemas e como são articulados os conhecimentos para resolvê-los.

O cenário de simulação desenvolvido e validado visa contribuir com a interface entre disciplinas do curso de enfermagem, e outros da área da saúde que

atuam no parto e nascimento, articulando as áreas de obstetrícia e neonatologia, ou saúde da mulher e saúde da criança, em uma perspectiva mais holística das fases da vida e fenômenos da reprodução humana. Iniciativas como esta têm sido incentivadas por documentos que regulamentam os cursos de enfermagem no país<sup>(1)</sup> e a simulação, de modo geral, chama a atenção como estratégia para fortalecer a aprendizagem integrada, crítica e resolutiva<sup>(17-18)</sup>.

Além da articulação dos conteúdos de saúde da mulher e de saúde da criança na enfermagem, o cenário tem potencial de uso interprofissional, expandindo o conceito de interdisciplinaridade para outras categorias profissionais da área da saúde que atuam com o objetivo comum de promover assistência segura e integral aos pacientes e suas famílias<sup>(19)</sup>. O ensino interprofissional nos cursos promovidos por IES é estimulado pela própria Organização Mundial de Saúde, de modo que viabilize a concretização de uma prática colaborativa e com importante avanço na comunicação<sup>(20)</sup>.

Apesar de reconhecidamente necessárias, tanto a interdisciplinaridade quanto a interprofissionalidade, ainda é desafiador romper com as barreiras do ensino fragmentado nas IES. Por outro lado, avanços têm sido obtidos com a reformulação de projetos pedagógicos de cursos e a partir do empenho de estudantes e professores no uso de métodos e estratégias ativas, como o mapeamento de competências<sup>(21)</sup>, os currículos integrados com atividades de interface da área básica com a área específica<sup>(22)</sup> e os currículos que incorporam a simulação<sup>(18)</sup>.

Os resultados da validação foram bastante positivos e as sugestões dos *experts* agregaram maior qualidade ao cenário, fortalecendo seu realismo e provendo mais informações específicas relacionadas ao parto humanizado – tema este bastante importante no contexto atual do país, em que se busca aprimorar a qualidade do cuidado à mulher em todo o ciclo gravídico-puerperal, com o intuito de reduzir a taxa de mortalidade materna que se encontra atualmente em 60 mortes por 100.000 nascidos vivos<sup>(23)</sup>. Para tanto, é preciso avançar nos aspectos de acesso universal aos serviços de saúde de qualidade que sejam eficazes e seguros, e que ofereçam orientações fidedignas às mulheres, favorecendo sua autonomia para a tomada de decisão informada durante a assistência neste período, de modo que tenham seus direitos respeitados pelos profissionais de saúde<sup>(24)</sup>.

Ainda no contexto epidemiológico nacional, a mortalidade infantil foi reduzida no período de análise das metas do milênio, chegando a cerca de 15 óbitos por 1000 nascidos vivos em 2015<sup>(25)</sup>. Apesar dos avanços nacionais e globais, é importante pautar que 45,1% dos óbitos infantis ocorrem no período neonatal em todo o mundo<sup>(26)</sup>. Destes óbitos, a segunda principal causa de mortalidade

neonatal, isto é, do dia de nascimento até os 28 dias de vida, está relacionada a eventos intraparto (10,7% das mortes em crianças menores que cinco anos), destacando a necessidade de fortalecer o ensino nesta área.

A integração de professores das diferentes áreas em ambiente simulado tem o potencial de favorecer a compreensão dos estudantes e profissionais de saúde sobre a atenção integral do binômio de ponta a ponta. Combinando os conteúdos de assistência de enfermagem ao parto normal de baixo risco e recepção e avaliação clínica do RN, primeira hora de ouro e humanização, o cenário desenvolvido e validado potencialmente rompe com a fragmentação e fomenta a integração curricular.

Ressaltamos a importância da etapa de validação e divulgação do cenário testado, inclusive do instrumento a ser utilizado por facilitadores na condução deste cenário em suas IES, considerando que o conhecimento de métodos, modelos e guias padronizados de simulação por professores constituem aspecto fundamental para sua implementação no currículo<sup>(27)</sup>.

Estudos reportando o uso da simulação na área de saúde da mulher e da criança sugerem importantes conquistas junto aos estudantes como aumento da percepção de confiança em si próprio para conduzir partos<sup>(28)</sup>, trabalho em equipe e atendimento centrado no paciente durante atendimento à mulher durante parturição<sup>(29)</sup> e melhor conhecimento sobre avaliação clínica do RN<sup>(30)</sup>.

Ponderando sobre os benefícios de implementar a simulação como estratégia de aprendizagem na perspectiva dos métodos ativos, ressaltamos que a disponibilidade de alta tecnologia não é necessária para garantir o sucesso da atividade. Pesquisa recente realizada na Guatemala analisou o impacto de um curso de simulação com poucos recursos tecnológicos conduzido *in situ* e obteve resultados que encorajam o uso da simulação neste contexto<sup>(29)</sup>. Outro estudo desenvolvido *in situ* com professores da educação infantil e do ensino fundamental I mostrou que a simulação contribuiu para aumentar a autoconfiança desses participantes para manejar intercorrências de saúde nas escolas, reforçando a relevância do uso dessa estratégia mesmo fora de centros de simulação<sup>(31)</sup>.

Assim, para as IES que não dispõem de ambiente de alta fidelidade, a condução da simulação nas unidades de saúde – quando disponíveis para este fim – pode ser uma proposta interessante. Ou então, mesmo em um laboratório com poucos equipamentos ou sem simulador de alta fidelidade, é possível implementar a estratégia com um simulador portátil que tem custo significativamente menor e também apresenta resultados favoráveis no processo de ensino-aprendizagem<sup>(28)</sup>.

Inclusive, a partir da simulação que mescla partes anatômicas simuladas e um ator ou atriz representando o paciente, é possível fortalecer o aspecto da comunicação interpessoal<sup>(28)</sup>, prejudicada no aspecto não verbal quando o estudante deve se comunicar com um manequim<sup>(32)</sup>.

A simulação clínica permite que o estudante vivencie as tensões de participar da equipe de saúde durante o parto e de ser responsável por avaliar necessidades de saúde e agir com rapidez, eficiência e de acordo com o preconizado. Os *experts* que participaram deste estudo sugeriram incluir na lista de ações esperadas o clampeamento tardio do cordão, porém este não foi incorporado devido ao processo de validação estar em curso e porque o clampeamento, de forma realista, ficaria sob responsabilidade do profissional interpretado por um ator e não pelo estudante na cena.

No *prebriefing*, que apresenta orientações e informações sobre a temática por meio de vídeos, textos e outras fontes imediatamente antes da cena simulada, deve-se orientar os participantes para os próximos passos da atividade. O *prebriefing* apresenta revisão dos objetivos do cenário, orienta sobre o uso dos equipamentos, dos manequins, sobre os papéis a serem desenvolvidos por cada pessoa na cena, o tempo de execução do cenário e a situação a ser vivida<sup>(7,33)</sup>, recomendações que foram seguidas neste estudo. O objetivo do *prebriefing* é estabelecer um ambiente psicologicamente seguro aos participantes da simulação, com o estabelecimento de um “contrato” de trabalho para as atividades<sup>(7)</sup>.

Após o *prebriefing* e a cena simulada, ocorreu o *debriefing*, momento importante de reflexão e discussão para sedimentar a aprendizagem, o que contribui para melhorar o desempenho dos estudantes/aprendizes na prática real da assistência em saúde<sup>(34)</sup>.

O *debriefing* foi estruturado seguindo as etapas emocional, comportamental e cognitiva e foi mediado pelo facilitador, que inicialmente buscou a expressão verbal dos participantes que estiveram em cena e, posteriormente, a expressão dos demais membros do grupo<sup>(35)</sup>. Para fins de operacionalização, podemos dividir o *debriefing* nas seguintes fases:

- Fase 1 – Reunião: realizada com o intuito de ouvir o participante, utilizando o seguinte questionamento inicial: como você se sentiu atendendo o binômio? (tempo previsto: 5 minutos);
- Fase 2 – Análise: busca-se, nessa fase, facilitar a reflexão e a análise das ações dos participantes, a partir dos seguintes questionamentos: quais foram as ações positivas que você realizou? O que você faria diferente se tivesse outra oportunidade? O que você pode levar como aprendizado? (tempo previsto: 15 minutos);

- Fase 3 – Síntese: objetiva-se a identificação e a análise das situações apreendidas à luz das evidências científicas (tempo previsto: 5 minutos).

As ações preconizadas para o cuidado do binômio na situação de parto e nascimento foram endereçadas no *debriefing*, conforme sugestão apresentada na seção Resultados deste trabalho. Destacamos que o *debriefing* é necessário e pode ser realizado de diversas maneiras, a partir de diferentes referenciais, porém sugerimos o formato que implementamos neste estudo, considerando a avaliação positiva pelos participantes.

Embora seja estipulada uma previsão de duração para cada fase<sup>(35)</sup>, o tempo utilizado para o *debriefing* depende das situações dos cenários de simulação propostos, dos objetivos da simulação, do facilitador e dos estudantes. No presente cenário, o *debriefing* foi de 20 minutos.

As limitações do estudo se referem à população participante da validação, que embora esteja alinhada ao que é preconizado na literatura (*experts* na área), sentimos a necessidade de utilizar este cenário junto a estudantes de graduação, público alvo da simulação, para ter a opinião e sugestões acerca dos elementos de cada uma das etapas da estratégia, bem como sobre a fidedignidade, mediação, aprendizagem e motivação.

A contribuição do estudo refere-se à possibilidade de melhoria da aprendizagem significativa no manejo do parto e nascimento humanizados junto à formação de estudantes e profissionais de saúde/enfermagem.

A presente investigação contribui com o avanço científico de pesquisas sobre a simulação em enfermagem, por meio do rigor metodológico adotado. Isto porque o estudo apresenta não apenas a temática de um caso que não envolve urgência e emergência (maior contingente de cenários simulados criados na enfermagem) e sim um novo olhar sobre uma situação que não raro ainda acontece, infelizmente, em hospitais e maternidades e que necessita de tomada de decisão dos enfermeiros para mudança da realidade. Além disso, o estudo apresenta as etapas para o desenvolvimento e validação de cenários interdisciplinares, recomendados fortemente pela Organização Mundial de Saúde.

## Conclusão

A simulação é uma estratégia de ensino-aprendizagem com forte potencial para a interdisciplinaridade e benefícios reconhecidos na literatura científica acerca do desenvolvimento de competências nos diversos ramos do conhecimento. A partir da necessidade de fomentar a articulação entre os saberes e reduzir a fragmentação curricular, o cenário desenvolvido envolve as áreas de saúde da mulher e da criança, em temas geralmente contidos nos planos destas disciplinas para a enfermagem.

Ao propor participação ativa do estudante na assistência ao binômio no parto e nascimento humanizados, o cenário desenvolvido na articulação de professores das duas áreas e validado por 31 enfermeiros especialistas contempla o tema de parto humanizado, avaliação clínica do RN na sala de parto, promoção de aleitamento materno na primeira hora de vida e contato pele a pele entre mãe e bebê e pode ser reproduzido com sucesso durante a aprendizagem dos estudantes sobre a temática.

## Referências

1. Shin H, Ma H, Park J, Ji ES, Kim DH. The effect of simulation courseware on critical thinking in undergraduate nursing students: multi-site pre-post study. *Nurse Educ Today*. 2015 Apr;35(4):537-42. doi: 10.1016/j.nedt.2014.12.004
2. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 3 de 07 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Graduação em Enfermagem. [Internet]. Diário Oficial da União. (7 nov 2001); [acesso 5 maio, 2019] Seção 1:37. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>
3. Baptista RCN, Martins JCA, Pereira MFC, Mazzo A. Students' satisfaction with simulated clinical experiences: validation of an assessment scale. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014 Sep-Oct;22(5):709-15. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3295.2471>
4. Kim J, Park JH, Shin S. Effectiveness of simulation-based nursing education depending on fidelity: a meta-analysis. *BMC Med Educ*. 2016 May;16:152. doi: 10.1186/s12909-016-0672-7
5. Alexander M, Durham CF, Hooper JI, Jeffries PR, Goldman N, Kardong-Edgren S, et al. NCSBN simulation guidelines for prelicensure nursing programs. *J Nurs Reg*. 2015 Oct;6(3):39-42. doi: [https://doi.org/10.1016/S2155-8256\(15\)30783-3](https://doi.org/10.1016/S2155-8256(15)30783-3)
6. Jeffries PR. Simulation in nursing education: from conceptualization to evaluation. New York: National League for Nursing; 2012.
7. INACSL Standards Committee (USA). INACSL standards of best practice: simulation simulation-enhanced interprofessional education (Sim-IPE). *Clin Simul Nurs*. 2016 Dec;12(Suppl):34-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2016.09.011>
8. Alexandre NMC, Coluci, MZO. Content validity in the development and adaptation processes of measurement instruments. *Ciênc Saúde Colet*. 2011 Jul;16(7):3061-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>

9. Dias DMV. O ensino da avaliação clínica da oxigenação e circulação do bebê pré-termo: integração simulação virtual e simulação robótica. [tese da internet]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2015 [Acesso 30 abr 2019]. 142p. Disponível em: [www.teses.usp.br/teses/.../22/...04092015.../DANIELLEMONTEIROVILELADIAS.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/.../22/...04092015.../DANIELLEMONTEIROVILELADIAS.pdf)
10. Waxman KT. The development of evidence-based clinical simulation scenarios: guidelines for nurse educators. *J Nurs Educ*. 2010 Jan;49(1):29-35. doi: 10.3928/01484834-20090916-07
11. Almeida RGS, Mazzo A, Martins JCA, Pedersoli CE, Fumincelli L, Mendes IAC. Validation for the Portuguese language of the simulation design scale. *Texto Contexto Enferm*. 2015 Dec;24(4):934-40. doi: [dx.doi.org/10.1590/0104-0707201500004570014](http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201500004570014)
12. Graham M, Milanowski A, Miller J. Measuring and promoting inter-rater agreement of teacher and principal performance ratings. [Internet]. [cited 5 May, 2019]. Washington: Center for Educator Compensation Reform; 2012. Available from: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED532068.pdf>
13. Koo TK, Li MY. A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *J Chiropr Med*. 2016 Jun;15(2):155-63. doi: 10.1016/j.jcm.2016.02.012
14. Cicchetti DV. Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychol Assess*. 1994 Dec;6(4):284-90. doi:10.1037/1040-3590.6.4.284
15. Ministério da Saúde (BR). Lei no 11.108 de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. [Internet]. Diário Oficial da União, 8 abr 2005. [Acesso 5 mai, 2019]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/l11108.html](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.html)
16. Morin E. Por uma reforma do pensamento. In: Pena-Vega A, Nascimento EP, organizadores. O pensar complexo: Edgar Morin e a crise da modernidade. Rio de Janeiro: Garamond; 1999.
17. Lavoie P, Michaud C, Belisle M, Boyer L, Gosslein E, Grondin M, et al. Learning theories and tools for the assessment of core nursing competencies in simulation: a theoretical review. *J Adv Nurs*. 2018 Feb;74(2):239-50. doi: 10.1111/jan.13416
18. Daley KM, Campbell SH. Integrating simulation-focused pedagogy into curriculum. 3<sup>rd</sup>ed. New York: Springer Publishing; 2018.
19. Tsakitidis G, Timermans O, Callewaert N, Verhoeven V, Lopez-Hartmann M, Truijten S, et al. Outcome indicators on interprofessional collaboration interventions for elderly. *Int J Integr Care*. 2016 May;16(2):5. doi: 10.5334/ijic.2017
20. World Health Organization (WHO). Transforming and scaling up health professionals' education and training. [Internet]. [cited 5 May, 2019]. Geneva: World Health Organization Guidelines; 2013. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/93635/1/9789241506502\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/93635/1/9789241506502_eng.pdf)
21. Miranda FBG, Mazzo A, Pereira-Junior GA. Construction and validation of competency frameworks for the training of nurses in emergencies. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018 Aug;26:e3061. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2631-3061>
22. Makuch DMV, Zagonel IPS. Pedagogical approach in the implementation of curriculum programs in nurse training. *Esc Anna Nery*. 2017 Aug;21(4):e20170025. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2017-0025
23. Pacagnella RC, Nakamura-Pereira M, Gomes-Sponholz F, Aguiar RALP, Guerra GVQL, Diniz CSG, et al. Maternal mortality in Brazil: proposals and strategies for its reduction. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2018 Sep;40(9):501-6. doi: <https://doi.org/10.1055/s-0038-1672181>
24. Diniz SG, D'Oliveira AFPL, Lansky S. Equity and women's health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil. *Reprod Health Matters*. 2012;20(40):94-101. doi: 10.1016/S0968-8080(12)40657-7
25. Silva AF. Ensaio sobre a pobreza no Brasil. [dissertação]. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará; 2015.
26. Liu L, Oza S, Hogan D, Chu Y, Perin J, Zhu J, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet*. 2016 Dec;388(10063):3027-35. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31593-8
27. Beroz S. A statewide survey of simulation practices using NCSBN Simulation Guidelines. *Clin Simul Nurs*. 2017 Jun;13(6):270-7. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2017.03.005>
28. DeStephano CC, Chou B, Patel S, Slattery R, Hueppchen N. A randomized controlled trial of birth simulation for medical students. *Am J Obstet Gynecol*. 2015 Jul;213(1):91.e1-91.e7. doi: 10.1016/j.ajog.2015.03.024
29. Walton A, Kestler E, Dettinger JC, Zelek S, Holme F, Walker D. Impact of a low-technology simulation-based obstetric and newborn care training scheme on non-emergency delivery practices in Guatemala. *Int J Gynaecol Obstet*. 2016 Mar;132(3):359-64. doi: 10.1016/j.ijgo.2015.08.009
30. Fonseca LMM, Aredes NDA, Fernandes AM, Batalha LMC, Apóstolo JMA, Martins JCA, et al. Computer and laboratory simulation in the teaching of neonatal nursing: innovation and impact on learning. *Rev. Latino-*

- Am. Enfermagem. 2016;24:e2808. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1005.2808>
31. Zonta JB, Eduardo AHA, Ferreira MVF, Chaves GH, Okido ACC. Self-confidence in the management of health complications at school: contributions of the *in situ* simulation. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2019;27:e3174. doi: 10.1590/1518-8345.2909.3174
32. Góes FSN, Aredes NDA, Hara CYN, Fonseca LMM, Campbell SH. Simulation with standardized patients: nursing student's communication skills in health. Rev Rene. 2017 May/Jun;18(3):383-9. doi: 10.15253/2175-6783.2017000300014
33. Meakim C, Boese T, Decker S, Franklin AE, Gloe D, Lioce L, et al. Standards of best practice: simulation standard I: terminology. Clin Simul Nurs. 2013 Jun;9(6):S3-11. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2013.04.001>
34. Janicas RCSV, Narchi NZ. Evaluation of nursing students' learning using realistic scenarios with and without debriefing. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2019;27:e3187. doi: 10.1590/1518-8345.2936.3187
35. Coutinho VRD, Martins JCA, Pereira MFCR. Construction and validation of the Simulation Debriefing Assessment Scale (Escala de Avaliação do Debriefing associado à Simulação - EADaS). Rev Enferm Ref. 2014 Jun;4(2):41-50. doi: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1392>

Recebido: 18.06.2019

Aceito: 07.03.2020

Editora Associada:  
Sueli Aparecida Frari Galera

**Copyright © 2020 Revista Latino-Americana de Enfermagem**  
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

---

Autor correspondente:

Luciana Mara Monti Fonseca

E-mail: [lumonti@eerp.usp.br](mailto:lumonti@eerp.usp.br)

 <https://orcid.org/0000-0002-5831-8789>