





Cenário em simulação realística em saúde: o que é relevante para a sua elaboração?*

Realistic health care simulation scenario: what is relevant for its design?

Escenario en simulación realística en salud: ¿qué es relevante para su diseño?

Como citar este artigo:

Kaneko RMU, Lopes MHBM. Realistic health care simulation scenario: what is relevant for its design? Rev Esc Enferm USP. 2019;53:e03453. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018015703453>

 Regina Mayumi Utiyama Kaneko¹
 Maria Helena Baena de Moraes
Lopes²

¹ Universidade Estadual de Campinas,
Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem, Campinas, SP, Brasil.

² Universidade Estadual de Campinas, Faculdade
de Enfermagem, Campinas, SP, Brasil.

ABSTRACT

We sought to describe the stages of scenario development with emphasis on the most relevant aspects according to the literature and guidelines of The International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning and Best Evidence Medical Education, which are discussed and exemplified on the basis of our professional experience. The following stages were described and commented on for scenario design: planning, objectives, simulation structure and format, case description and perception of realism, pre-debriefing, debriefing, evaluation, materials and resources, and pilot test. A scenario design based on good practices involves important elements, and each stage is closely interrelated and interdependent in its creation process.

DESCRIPTORS

Patient Simulation; Simulation Training; Learning; Patient Safety.

Autor correspondente:

Regina Mayumi Utiyama Kaneko
Rua Heitor de Souza Pinheiro,
257 Apto 114, Bloco 2
CEP 05750-230 – São Paulo, SP, Brasil
regina.kaneko@simsafety.com.br

Recebido: 17/05/2018
Aprovado: 20/09/2018

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é um desafio global das organizações de saúde e de saúde pública mundial. O relatório “To err is human” apresentou dados alarmantes em relação ao número de mortes, em torno de 48.000-98.000 mortes por ano⁽¹⁻²⁾. Atualmente, estima-se mais de 400.000 mortes por erros na área da saúde, a despeito das medidas e políticas instituídas mundialmente⁽³⁾.

Errar é humano, porém mitigar e prevenir as causas que provocam as falhas é responsabilidade de todas as instâncias envolvidas no processo saúde e doença da população. Com o objetivo de melhorar esses resultados, a simulação realística em saúde para a formação e treinamento dos profissionais da área tem crescido como uma das estratégias para o desenvolvimento de habilidades técnicas e não técnicas. As habilidades técnicas são constituídas em geral de procedimentos específicos de cada especialidade, e as habilidades não técnicas envolvem as competências cognitivas e sociais que complementam a técnica para o desempenho da prática do profissional com qualidade e segurança. Consciência situacional, tomada de decisão, comunicação, trabalho em equipe, liderança, gerenciamento de conflito e fadiga são habilidades essenciais para as atividades que envolvem alto risco, como os serviços de saúde⁽⁴⁻⁵⁾.

Nesse contexto, a simulação realística em saúde tem sido uma estratégia explorada nos laboratórios de ensino e centros de simulações para proporcionar um ambiente reflexivo e de transformação para o desenvolvimento de competências essenciais ao cuidado centrado no paciente e alcance dos objetivos e resultados propostos neste processo de aprendizagem e aprimoramento⁽⁶⁻⁹⁾.

O cenário em simulação realística em saúde é uma parte integrante e fundamental para o planejamento e organização dos cursos de formação profissional, capacitação e treinamento de profissionais de saúde. Estudos publicados demonstram a importância de um roteiro teórico-prático para a elaboração do cenário e sua contribuição para alcançar os objetivos e disseminar o seu uso nas instituições⁽¹⁰⁻¹³⁾. Adicionalmente, a integração da estratégia na matriz curricular, não como componente isolado e complementar, mas inserida como uma prática no desenvolvimento do aluno, está padronizada nos critérios de boas práticas e reportada em estudos⁽¹⁴⁻¹⁷⁾.

Com o uso crescente dessa metodologia nas instituições de ensino e saúde, o cumprimento de etapas e uma referência para a elaboração são importantes para a criação dos cenários para alcançar os objetivos propostos⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Os cenários para a realização das simulações em saúde são criados e baseados em casos da vida real para treinar habilidades técnicas e não técnicas⁽⁴⁻⁵⁾. A incorporação de diretrizes que orientem a criação facilita a operacionalização dessa estratégia a todos os envolvidos (instrutor, docente, equipe operacional do centro de simulação, atores e área de apoio administrativo); reduz o tempo para a criação de cenários; padroniza elementos importantes e imprescindíveis para sua elaboração e, conseqüentemente, para a discussão posterior com os envolvidos na etapa do *debriefing*^(7,18-19).

Elementos essenciais para a estrutura da simulação estão padronizados em critérios de boas práticas em simulação para promover um resultado efetivo e aprendizagem dos participantes⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Pesquisas evidenciam que simulações médicas de alta fidelidade facilitam o aprendizado quando usadas sob as condições certas: *feedback* durante a experiência do aprendizado, participação dos alunos em práticas repetitivas, integração no currículo, prática com aumento progressivo do nível de dificuldade, adaptável para múltiplas estratégias de aprendizagem, variações clínicas, ambiente controlado, aprendizado individualizado, clareza nos objetivos e resultados esperados e validade do realismo no simulador. Essas condições representam o conjunto de metas para a elaboração de programas educacionais para maximizar o impacto da formação baseada em simulação⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Além desses critérios, faz-se necessário estabelecer correlação com a prática diária e acrescentar outros elementos que se julguem importantes, a fim de alcançar melhores resultados com a utilização, disseminação e aplicação do método pelos profissionais. Desta forma, com base na experiência profissional de 12 anos da autora principal no planejamento e elaboração de programas com a estratégia da simulação para as diversas categorias profissionais (enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, biomédicos, administradores, profissionais de serviços de apoio e voluntários), pretende-se neste artigo descrever, com base na literatura e diretrizes da *The International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning (INACSL)*⁽¹⁴⁾ e da *Best Evidence Medical Education (BEME)*⁽¹⁵⁾, as etapas de elaboração de cenários, com destaque para os aspectos mais relevantes, e sugerir exemplos baseados em nossa experiência pessoal.

ETAPAS PARA A ELABORAÇÃO DE CENÁRIO PLANEJAMENTO

O primeiro critério consiste no levantamento das necessidades e são considerados elementos importantes para a elaboração dos cenários a avaliação e análise da causa do problema, questões organizacionais, pesquisa com os envolvidos, todos os dados disponíveis de pilotos anteriores (testes do cenário), resultados de avaliações do conhecimento e habilidades e diretrizes e protocolos para a determinação dos objetivos⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Além desses elementos, para a criação de um cenário e/ou cenários que compõem um programa com simulação, na experiência e vivência prática das autoras, um diagnóstico *in loco* é determinante para a composição dos cenários. É possível identificar aspectos práticos do dia a dia, lacunas e oportunidades baseadas em casos reais, envolver os participantes e a liderança nesse planejamento para propiciar uma melhor adesão e auxiliar na elaboração de casos de acordo com a realidade e nível de complexidade que exigirá o cenário para o profissional em treinamento ou para o aluno.

Outro fator determinante é estabelecer o público-alvo do treinamento, pois no cenário os participantes poderão ser os profissionais que atuarão no exercício atual de suas funções, alunos de nível médio, de graduação ou de pós-graduação. Por exemplo, se o cenário tem como objetivo estimular o

enfermeiro a assumir o seu papel de líder e tomar decisões perante a equipe de enfermagem, o público-alvo deste programa deverá obrigatoriamente ser o enfermeiro. Ao utilizar esse critério, ficará mais claro para os participantes que o cenário representa o cotidiano das atividades profissionais, direcionando o *debriefing* para a discussão sobre o papel do enfermeiro como líder da equipe de trabalho.

A determinação de metas mensuráveis para verificar a aplicação do conteúdo abordado na simulação na prática diária dos participantes, além de ser uma métrica importante de resultado para o serviço, poderá suscitar e estimular pesquisas que contribuam para o conhecimento na área.

Selecionar instrutores de acordo com o seu conhecimento, especialidade e experiência em simulação é essencial para o sucesso do cenário. O método exige habilidades do instrutor no papel de facilitador da discussão, a fim de estimular os participantes a encontrar as melhores soluções baseadas no cenário e de acordo com as melhores práticas. Por exemplo, se o cenário discute aspectos relacionados a uma via aérea difícil, o instrutor deverá ter este conhecimento; se o cenário aborda os aspectos relacionados à comunicação não verbal, possivelmente, um psicólogo ou enfermeiro com formação em saúde mental estarão mais preparados para observar esses aspectos e proporcionar uma discussão focada no objetivo do cenário.

A avaliação e análise do conhecimento prévio do participante integram o critério 'planejamento' proposto pela INACSL⁽¹⁴⁾. Além dessa análise prévia, sugerimos estratégias que possibilitem a transferência do conteúdo do cenário após a sua realização, como indicação de artigos relacionados ao tema para leitura, indicadores institucionais relacionados ao cenário, alertas ou lembretes sobre procedimentos que se mostraram de forma recorrente como inadequados (por exemplo, *precauções*-padrão) e outros. Descrever no formulário de elaboração do cenário as referências do arcabouço teórico que fundamentaram o conteúdo é recomendável para que o cenário criado seja replicado por outros instrutores e possa ser atualizado, caso seja necessário.

Convidar a liderança da área em questão para participar do planejamento é essencial para legitimar o conteúdo e engajar todos os envolvidos no sucesso do programa, curso ou treinamentos.

OBJETIVO

O segundo critério está relacionado à elaboração de objetivos mensuráveis, gerais para os propósitos organizacionais e específicos para a mensuração do desempenho do participante. Recomenda-se que seja disponibilizado aos participantes os objetivos antes da implementação do cenário⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

É importante elencar objetivos tanto gerais como específicos factíveis de serem incorporados aos cenários, cujo tempo tenha duração determinada e limitada. Por exemplo, se determinarmos como objetivos realizar a cateterização vesical de demora e identificar as principais complicações da permanência do cateter, os dois objetivos não poderão ser avaliados no tempo estabelecido do cenário, que geralmente é de 10 a 15 minutos. Este exemplo mostra que realizar a cateterização vesical de demora em um laboratório de

habilidades é mais adequado do que em um cenário, porque permite que cada aluno faça o procedimento individualmente e cada qual no seu tempo.

Sugerimos, neste caso, que a cateterização vesical seja um pré-requisito, e o objetivo do cenário e sua elaboração baseados na permanência do cateter com inúmeras possibilidades de cenários, tais como: metas de segurança (higienização das mãos, identificação do paciente, prevenção de infecção, comunicação segura); cuidados básicos na manutenção do cateter em termos de fixação da sonda, secreção no meato uretral, coloração e volume da drenagem associados ao quadro clínico do paciente; retirada do cateter e necessidade de confirmar a identificação do paciente; obstrução do cateter; e hemorragias em pós-operatório de cirurgias urológicas. Adicionalmente, aspectos comportamentais incorporados nesses cenários técnicos, como apresentação profissional, comunicação assertiva, orientações adequadas sem a utilização de termos técnicos, orientações de alta hospitalar e cortesia no atendimento, podem enriquecer a discussão no momento do *debriefing* e preparar o profissional e aluno para a assistência integral do paciente.

Disponibilizar os objetivos aos participantes é recomendado pelas diretrizes⁽¹⁴⁻¹⁶⁾. Conforme a experiência das autoras, é importante que os objetivos não direcionem a solução do cenário, porque isso não estimularia o raciocínio clínico e a tomada de decisão. Por exemplo, em um cenário envolvendo uma situação de emergência em cardiologia, cujo objetivo é identificar a fibrilação ventricular e a realização de condutas para reverter esta condição, em vez de estabelecer como objetivo "Identificar a fibrilação ventricular e realizar condutas para a reversão desta condição", o melhor seria apresentar um mais geral: "Identificar o ritmo de colapso e realizar os procedimentos necessários". Assim, o aluno precisará avaliar o tipo de ritmo para, a partir dele, compreender, analisar e tomar uma decisão: aplicar ou não o desfibrilador. Recomendamos elaborar e disponibilizar aos alunos somente os objetivos gerais e manter o acesso dos objetivos específicos apenas ao facilitador e/ou instrutor do cenário.

A simulação realística em saúde possibilita a criação de cenários baseados na vida real, treinar e desenvolver estas habilidades em ambientes simulados e controlados que permitam acertos e erros no seu desenvolvimento, o que é essencial para o aprendizado do aluno. A elaboração de um bom cenário pode ser efetivo na prevenção de erros⁽²⁰⁻²¹⁾.

ESTRUTURA E FORMATO DA SIMULAÇÃO

O terceiro critério estabelece a seleção da estrutura e formato da simulação, baseados no propósito, teoria e modalidade para desenvolver uma simulação baseada na experiência. Indiscutivelmente, nesta fase de escolha da modalidade de simulação, é preciso considerar os objetivos e a avaliação do aprendiz como foram planejadas no curso, a fim de selecionar a modalidade mais adequada: simulação clínica, simulação *in situ*, realidade virtual, simulação de procedimentos ou simulação híbrida⁽²²⁾. Por exemplo, se o objetivo é identificar problemas latentes em uma unidade hospitalar, a modalidade mais adequada seria a realização de uma simulação *in situ*, porque permite realizar a avaliação

em um ambiente real⁽²³⁾. Em uma situação vivenciada por nós, a simulação *in situ* permitiu identificar atrasos e inadequações no atendimento⁽²⁴⁾.

Na fase de elaboração do cenário, especificamente, o conhecimento das funcionalidades dos simuladores, os recursos audiovisuais e equipamentos adequados são imprescindíveis para que seja desenvolvido a contento, igualmente, se a opção for pelo simulador ou pelo paciente padronizado ou *standard patient* (paciente humano, ator, professor ou aluno)⁽²⁵⁾. Tanto os simuladores como os pacientes padronizados podem compor o cenário técnico, comportamental ou ambos e, portanto, definir esses recursos em consonância com a sua elaboração pode incrementar o nível de complexidade do cenário e extrair ao máximo todas as potencialidades dos recursos disponíveis. São detalhes que podem oferecer cenários realísticos na sua essência, como determinar o posicionamento da câmera inicial e ao longo do cenário para a captura da expressão não verbal ou realização de um procedimento pelo profissional e aluno; posicionamento do paciente padronizado, por exemplo, em uma consulta médica o paciente deve iniciar o cenário dentro do consultório ou o profissional e aluno devem chamá-lo por meio de uma senha, assim, propicia-se um ambiente no qual, além da anamnese e investigação de problemas, eles podem se apresentar, perguntar o nome do paciente, oferecer-lhe a cadeira para que se acomode, auxiliar um paciente com deficiência e identificar risco de queda. Explorar essas possibilidades torna o cenário

mais próximo da realidade e permite oportunidades ímpares para uma discussão posterior.

Outro ponto importante a ser observado é a definição do número inicial de participantes no cenário e a permissão (ou não) de inclusão de outros participantes durante a condução do cenário. O cenário pode prever a solicitação de ajuda de uma categoria profissional específica (por exemplo, o médico) ou situações com participação de mais de uma categoria profissional, por exemplo, abordagem de suspeita de violência infantil, na qual participariam o médico, o enfermeiro e o assistente social.

Além do número de participantes, recomendamos a definição da categoria profissional que participará do cenário. Conforme esta seleção, a descrição do caso, os objetivos, a evolução, as frases utilizadas pelos atores, o *debriefing* e o *checklist* apresentam variações de acordo com a atuação esperada de cada profissional. Essas variações estabelecidas são importantes para replicar a realidade da prática diária e evitar que os participantes, que não sejam os atores, representem um papel durante a condução do cenário. Quando isso ocorre, podem surgir comentários, como: “farei de conta que sou médico”; “vou fingir que sou psicólogo”, indicando que, em vez de vivenciarem uma experiência, criam uma encenação.

Exemplificamos, no Quadro 1, um cenário de comunicação de má notícia (óbito do paciente), que envolve três categorias profissionais distintas, para uma melhor compreensão dessas variações.

Quadro 1 – Exemplo de um caso que mostra as variações de acordo com a atuação esperada de cada profissional – São Paulo, SP, Brasil, 2018.*

Profissional	Médico	Enfermeiro	Psicólogo
Objetivo	Comunicar o óbito do paciente ao familiar.	Avaliar a compreensão do familiar que recebeu a notícia de óbito do paciente; Reafirmar a comunicação do óbito ao familiar.	Fornecer apoio à família que recebeu a notícia de óbito do paciente; Reafirmar a comunicação do óbito do paciente.
Caso	Paciente Maria de Jesus, internada na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) há 10 dias, com insuficiência cardíaca, apresentou uma Parada Cardiorrespiratória (PCR), seguida de óbito. A filha, Ana Maria, está na recepção e o aguarda para receber notícias de sua mãe.	Paciente Maria de Jesus, internada na UTI há 10 dias com Insuficiência Cardíaca, apresentou uma PCR seguida do óbito. O plantonista da UTI comunicou o óbito de Maria de Jesus para a filha Ana Maria. Você é o enfermeiro que deverá entregar os pertences da paciente ao familiar, que o aguarda na recepção.	Paciente Maria de Jesus, internada na UTI há 10 dias com Insuficiência Cardíaca, apresentou uma PCR seguida do óbito. Você foi acionada pela equipe de enfermagem para um suporte psicológico ao familiar que se encontra na recepção. Neste momento o familiar está descontrolado e emocionalmente muito abalado.
Evolução	Espera-se do médico a realização das etapas de comunicação da má notícia. A filha (atriz) deverá inicialmente manter uma reação otimista em relação ao estado da mãe.	Espera-se do enfermeiro uma postura de acolhimento e reconhecimento da não compreensão da notícia de óbito fornecida pelo médico e a realização da comunicação da má notícia. A filha (atriz) deverá inicialmente se apresentar muito confusa e pedirá ao enfermeiro que gostaria de conversar com a mãe.	Espera-se do psicólogo o apoio emocional e o reconhecimento da não compreensão da notícia de óbito fornecida pelo médico e a realização da comunicação da má notícia. A filha (atriz) deverá inicialmente se apresentar muito ansiosa e nervosa.

* Este exemplo foi criado e inspirado da prática assistencial e ensino das autoras, inclusive os nomes dos personagens, com o objetivo de construir o realismo dos cenários. Qualquer semelhança com nomes, pessoas e fatos da vida real terão sido mera coincidência.

DESCRIÇÃO DO CASO E PERCEPÇÃO DO REALISMO

A descrição do caso, a história prévia, o ponto inicial do cenário, a progressão das ações, as atividades na condução do cenário, o tempo adequado para o seu desenvolvimento e a identificação dos pontos críticos para o acompanhamento e avaliação do desempenho são requisitos de boas práticas para a simulação e, segundo as diretrizes da INACSL⁽¹⁴⁾, devem ter relação direta com os objetivos propostos.

Na elaboração dessa descrição de caso, recomendamos uma análise criteriosa das informações disponibilizadas ao participante e aluno, para que a leitura do caso seja realizada em consonância com a realidade do profissional. Uma descrição sucinta e clara permite ao participante e aluno a retenção dessas informações para iniciar a condução do cenário.

Estabelecer o início das ações do cenário é igualmente importante para situar o aluno e/ou participante. Ele precisa

saber quando deve iniciar as ações necessárias para o alcance dos objetivos propostos. Nesta fase podemos utilizar algumas estratégias, como, por exemplo, introduzir o choro do bebê, uma fala do simulador solicitando ajuda ou uma fala do paciente padronizado queixando-se de dor e demora no atendimento. Todas essas estratégias alertam o aluno ou participante que se espera dele uma ação, como avaliar o choro do bebê.

A história prévia e as ações para a condução do cenário devem ser disponibilizadas de acordo com as ações realizadas pelos participantes e alunos. Por exemplo, em um cenário de anafilaxia, a informação 'alergia à dipirona' somente é reportada quando questionada. Com isso, praticamos habilidades de comunicação na anamnese e exercitamos o raciocínio clínico para a tomada de decisão. Exceções estão previstas, desde que essenciais para a condução do cenário como no exemplo a seguir, no qual as informações são necessárias, pois constituem ações do passado para estabelecer a relação com a realidade atual: "Maria da Silva realizou mastectomia radical devido a câncer de mama III B com pouca resposta ao tratamento quimioterápico e radioterápico. Posteriormente, realizou a reconstrução da mama e tem sido acompanhada pela equipe da oncologia do hospital. Em sua última consulta foi identificado um carcinoma de ovário". Neste cenário, a história prévia é essencial para a compreensão e conduta frente ao novo achado: a presença de carcinoma de ovário.

Conhecer a realidade do público-alvo por meio de visitas *in loco*, discutir com a liderança as necessidades de treinamento e ter conversas informais com os profissionais que atuam no local são ações que contribuem para a elaboração de programas de treinamento. Essas ações facilitam a descrição do caso, além disso, promovem integração e engajamento de todos os envolvidos.

A descrição completa com todas as informações na condução do cenário é uma condição *sine qua non* para a simulação e abrange, inclusive, a progressão das alterações

dos parâmetros e ações apoiadas pelas diversas tecnologias previamente selecionadas^(14,16). Ressaltamos que, para manter o realismo da estratégia, os detalhes devem ser valorizados, por exemplo, iniciar o cenário com os cabos da monitorização eletrocardiográfica conectados (ou não) ao simulador. Essa análise é importante quando a correlacionamos com a descrição do cenário: unidade de terapia intensiva; enfermaria; paciente em processo de admissão à unidade ou paciente já internado. Outro exemplo frequente nas simulações é se o carro de emergência está dentro do cenário ou o participante deve perceber a necessidade, chamar ajuda e solicitar o carro de emergência ao local do cenário. A depender desta análise, a descrição e a progressão se alteram, e o cenário propicia o realismo para o desenvolvimento das atividades.

Independentemente do recurso escolhido, a descrição do cenário deve propiciar dados para todos os envolvidos na sua condução. Como a progressão do cenário depende das ações realizadas pelos participantes, ressalta-se a importância dessa descrição, inclusive, com elaboração de frases para as atitudes adequadas (ou inadequadas) com o objetivo de direcionar os facilitadores, a equipe do centro de simulação e os atores. Recomenda-se padronizar algumas falas durante o cenário, a fim de atender aos objetivos da simulação.

No caso do cenário com atores, é recomendável fornecer subsídios para que incorporem o personagem, pois, ainda que algumas falas possam ser improvisadas, eles precisam atender ao roteiro preestabelecido para propiciar o realismo do cenário e atender aos objetivos definidos. O figurino, a constituição física, a linguagem, a condição psicológica do ator são elementos que o auxiliam a criar e encenar o seu personagem. Outro elemento crucial é estipular o quanto o ator deve permanecer no roteiro inicialmente criado ou se seguirá um alternativo, também preestabelecido, de acordo com o desempenho do aluno e/ou profissional de saúde. Um exemplo é apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 – Exemplo de um cenário com atores – São Paulo, SP, Brasil, 2018.*

Caso: Maria da Silva, 40 anos, obesa, executiva, procurou o pronto-socorro para atendimento. Tem uma reunião importante para apresentar um projeto de grande relevância para a empresa.	
Perfil físico: obesa, faixa etária de 35-40 anos.	
Perfil psicológico: ansiosa, preocupada e contrariada.	
Perfil social: Pós-graduação em MBA (<i>Master in Business Administration</i>), trabalha em uma instituição multinacional e tem uma reunião importante para apresentar um projeto de relevância para a empresa e sua carreira profissional.	
Atitude A: Inicialmente, a atriz estará ansiosa, preocupada e contrariada, pois foi encaminhada ao pronto-socorro, acompanhada do esposo. Se o voluntário realizar uma comunicação assertiva (processo de comunicação verbal e não verbal, falar a verdade, sem fazer julgamentos ou rodeios, visando transmitir uma informação de forma clara e segura), a atriz concordará em ser examinada e seguir com o tratamento.	Atitude B: Inicialmente, a atriz estará ansiosa, preocupada e contrariada, pois foi encaminhada ao pronto-socorro, acompanhada do esposo. Se o voluntário não realizar uma comunicação assertiva (processo de comunicação verbal e não verbal inadequado, não falar a verdade, fazer julgamentos, não transmitir uma informação de forma clara e segura), a atriz manterá o <i>status</i> inicial e não concordará em ser examinada e seguir com o tratamento.
Frases que podem ser utilizadas (exemplos): "Meu marido me trouxe para uma consulta, não tenho nada, é só uma dorzinha no peito. Já passou!" "Por favor, pode então realizar a consulta o mais rápido possível?" "Compreendo, em caso de alterações nos exames, precisarei ficar..."	Frases que podem ser utilizadas (exemplos): "Quem é você? Estou aqui no pronto-socorro porque o meu marido me obrigou!" "Você não pode me manter aqui, tenho uma reunião muito importante!" "Você não tem ideia, é claro que não tem!"

*Este exemplo foi criado e inspirado da prática assistencial e ensino das autoras, inclusive os nomes dos personagens, com o objetivo de construir o realismo dos cenários. Qualquer semelhança com nomes, pessoas e fatos da vida real terão sido mera coincidência.

Outro ponto crítico é o planejamento de todos os recursos materiais necessários para a realidade do cenário: equipamentos, materiais, vestimenta do paciente, prontuário e até elementos mais simples, como, por exemplo, lenço de papel e jarra com água e copos para cenários comportamentais de notificação de má notícia, cujo objetivo é o acolhimento.

É importante considerar que algumas rotinas instituídas em alguns centros de simulações para preservar a durabilidade dos simuladores, como o uso de luvas durante todo o tempo e não realização de procedimentos em simuladores de alta e média fidelidade, a fim de não danificá-los, podem induzir a não realização do procedimento ou a falta de discernimento quanto à necessidade de determinadas ações na prática profissional, por exemplo, a ausência de critérios para a utilização de luvas como proteção individual, a necessidade de luvas estéreis para procedimentos assépticos e a higienização das mãos antes e após os procedimentos.

PRE-DEBRIEFING OU BRIEFING

É considerada boa prática iniciar a simulação com o *pre-debriefing*, ou seja, com a apresentação das expectativas pelos participantes e orientações sobre o ambiente simulado e seus recursos⁽¹⁴⁻¹⁶⁾. Ele deve fazer parte do plano do programa de treinamento.

O *pre-debriefing* deve ser padronizado por meio da capacitação dos facilitadores e da equipe do centro de simulação. Ele deve tornar claro para profissionais e alunos qual será a estratégia de simulação a ser usada e os recursos disponíveis. Isso contribui para estabelecer comunicação e a relação de confiança entre os participantes e dar mais segurança aos voluntários, uma vez que eles irão se expor ao grupo durante a simulação e no *debriefing*, após a finalização do cenário.

Criar um ambiente favorável e interativo depende da habilidade do facilitador que, integrado à metodologia da simulação realística, compreende o erro como uma oportunidade de melhoria e exercita o seu papel de facilitador do grupo. Elaborar vídeos instrucionais sobre simulação, realizar dinâmicas de apresentação de cada participante ao seu grupo (técnicas “quebra-gelo”) e outras estratégias contribuem para maior interação entre o grupo, diminuindo resistências à participação na atividade.

Como na aviação, em que o piloto é treinado com o simulador de voo, que corresponde ao avião que irá pilotar, o *briefing* tem a finalidade de relembrar processos, definir o plano de voo, coletar informações relevantes para as atividades no simulador⁽²⁶⁾.

Na área de saúde, de acordo com o público-alvo (por exemplo, profissionais que não atuam à beira do leito), é interessante fazer o *briefing* para relembrar algoritmos e processos. Exemplificando: cenário de um paciente com infarto agudo do miocárdio que evolui para fibrilação ventricular (FV) e ocorre a falha no cardioversor, e que tem como objetivo discutir aspectos relacionados à tecnologia para gestores de instituições de saúde. Neste caso, a realização de um *briefing* do algoritmo de FV é recomendado, porque o cenário é construído para sensibilizar os gestores em todos os aspectos que envolvam

equipamentos hospitalares, desde a aquisição, padronização, capacitação, manutenção preventiva e impacto na assistência ao paciente.

DEBRIEFING

É um critério de boas práticas em simulação a realização do *debriefing* ou *feedback* pelos facilitadores capacitados na técnica⁽²⁷⁾.

A elaboração de um roteiro para o facilitador com os objetivos, pontos críticos do cenário e perguntas que podem direcionar a discussão permitem que ele possa ser conduzido por facilitadores que não participaram da elaboração do cenário, permitindo, portanto, sua reprodutibilidade.

A realização do *feedback* do ator ao participante, ao término do cenário, com comentários de como se sentiu no papel desempenhado é importante para a formação do aluno ou profissional em treinamento.

AVALIAÇÃO

A avaliação do curso pelos participantes, facilitadores e equipe de apoio na simulação é outro critério recomendado pela INACSL⁽¹⁴⁾, indiscutivelmente fundamental para garantir a melhoria contínua dos processos e resultados da simulação. A avaliação do participante por meio de instrumentos de avaliação é uma prática mais comum nas instituições, entretanto, o desempenho do facilitador e equipe de simulação, além dos itens avaliados nos instrumentos em geral, merecem um ponto de atenção em relação aos aspectos específicos da metodologia. Neste caso, é possível discutir e incrementar melhorias com o resgate do vídeo das atividades, promovendo um *debriefing* do *debriefing* e do desempenho do facilitador.

Em termos de avaliação do participante, o Exame Clínico Objetivamente Estruturado (*Objective Structured Clinical Examination/OSCE*) é uma ferramenta utilizada para examinar as competências clínicas em ambiente simulado. Estudos publicados também reportam a ampliação do uso para o aprimoramento das competências e a aplicação do conhecimento no ambiente simulado⁽²⁸⁻²⁹⁾.

MATERIAIS E RECURSOS

Para assegurar o resultado do aprendizado de acordo com os objetivos propostos, a análise, seleção e elaboração do material e recursos para o profissional e aluno são requeridos como uma boa prática⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

PILOTO

O teste do cenário elaborado é recomendado pelas diretrizes da INACSL⁽¹⁴⁾ com o objetivo de garantir a experiência do aprendizado na simulação, identificar e corrigir falhas e permitir a avaliação de todas as ferramentas selecionadas.

Uma estratégia interessante é a realização do piloto, para que algumas situações não previstas sejam evidenciadas. Assim, é possível avaliar a clareza da descrição do cenário, a necessidade de informações adicionais e outras. É importante que o profissional ou aluno que participa do piloto faça parte do público-alvo do cenário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do cenário baseada em boas práticas envolve elementos importantes, e cada etapa está interligada e é interdependente no seu processo de criação.

Instrumentos validados que orientem a elaboração de cenários em simulação em saúde, que incluam os critérios

estabelecidos para boas práticas, poderão disseminar essa importante metodologia, permitindo sua reprodutibilidade nas instituições de saúde e de ensino e favorecer a sua utilização com maior frequência, proporcionando um aprendizado a ser incorporado na prática diária dos profissionais e alunos e, consequentemente, garantindo uma assistência segura aos pacientes.

RESUMO

Buscou-se descrever as etapas de elaboração de cenários, com destaque para os aspectos mais relevantes, segundo a literatura e as diretrizes da *The International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning* e da *Best Evidence Medical Education*, as quais são discutidas e exemplificadas com base em nossa experiência profissional. Foram descritas e comentadas as seguintes etapas para elaboração de cenários: planejamento, objetivos, estrutura e formato da simulação, descrição do caso e percepção do realismo, *pre-debriefing*, *debriefing*, avaliação, materiais e recursos e piloto. A elaboração do cenário baseada em boas práticas envolve elementos importantes, e cada etapa está intimamente interligada e interdependente no seu processo de criação.

DESCRIPTORIOS

Simulação de Paciente; Treinamento por Simulação; Aprendizagem; Segurança do Paciente.

RESUMEN

Se buscó describir las etapas de confección de escenarios, con énfasis en los aspectos más relevantes, según la literatura y las directrices de la *The International Nursing Association and Learning* y de la *Best Evidence Medical Education*, las que se discuten y ejemplifican de acuerdo con nuestra experiencia profesional. Fueron descritas y comentadas las siguientes etapas para el diseño de escenarios: planificación, objetivos, estructura y formato de la simulación, descripción del caso y percepción del realismo, *predebriefing*, *debriefing*, evaluación, materiales y recursos y piloto. El diseño del escenario basado en buenas prácticas abarca elementos importantes, y cada etapa está íntimamente interconectada e interdependiente en su proceso de creación.

DESCRIPTORIOS

Simulación de Paciente; Entrenamiento Simulado; Aprendizaje; Seguridad del Paciente.

REFERÊNCIAS

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To err is human: building a safer health system. Washington: Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America, National Academies; 2000.
2. Leape LL, Berwick DM. Five years after to err is human: what have we learned? *JAMA*. 2005;293(19):2384-90.
3. Makary MA, Daniel M. Medical error-the third leading cause of death in the US. *BMJ*. 2016;353:i2139.
4. Flin R, O'Connor P, Crichton M. Safety at the sharp end: a guide to non-technical skills. Surrey: Ashgate; 2008.
5. Gordon M, Baker P, Catchpole K, Darbyshire D, Schocken D. Devising a consensus definition and framework for non-technical skills in healthcare to support educational design: a modified Delphi study. *Med Teach*. 2015;37(6):572-7. DOI: 10.3109/0142159X.2014.959910
6. Berragan L. Simulation: an effective pedagogical approach for nursing? *Nurse Educ Today*. 2011;31(7):660-3. DOI: 10.1016/j.nedt.2011.01.019
7. Teixeira CRS, Pereira MCA, Kusumota L, Gaioso VP, Mello CL, Carvalho EC. Evaluation of nursing students about learning with clinical simulation. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(2):311-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680218i>
8. Tan K, Chong MC, Subramaniam P, Wong LP. The effectiveness of outcome based education on the competencies of nursing students: a systematic review. *Nurse Educ Today*. 2018;64:180-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.12.030>
9. Harvey R, Mellanby E, Dearden E, Medjoub K, Edgar S. Developing non-technical ward-round skills. *Clin Teach*. 2015;12(5):336-40. DOI: 10.1111/tct.12344
10. Garbuio DC, Oliveira ARS, Kameo SY, Melo ES, Dalri MCB, Carvalho EC. Clinical simulation in nursing: experience report on the construction of a scenario. *J Nurs UFPE on line*. 2016;10(8):3149-55. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i8a11388p3149-3155-2016>
11. Fabri RP, Mazzo A, Martins JCA, Fonseca AS, Pedersoli CE, Miranda FBG, et al. Development of a theoretical-practical script for clinical simulation. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03218. DOI: 10.1590/S1980-220X2016265103218
12. Neves FF, Pazin-Filho A. Construindo cenários de simulação: pérolas e armadilhas. *Sci Med*. 2018;28(1):ID28579. DOI: 10.15448/1980-6108.2018.1.28579
13. Banbini D. Writing a simulation scenario: a step-by-step guide. *AACN Adv Crit Care*. 2016;27(1):62-70. DOI: 10.4037/aacnacc2016986
14. INACSL Standards Committee. INACSL standards of best practice: simulationSM simulation design. *Clin Simul Nurs* [Internet]. 2016 [cited 2018 Feb 12];12(5 Suppl):S5-S12. Available from: <https://www.inacsl.org/INACSL/document-server/?cfn=INACSL/assets/File/public/standards/SOBPEnglishCombo.pdf>
15. Issenberg SB, McGaghie WC, Petrusa ER, Lee Gordon D, Scalese RJ. Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review. *Med Teach*. 2005;27(1):10-28.
16. Motola I, Devine LA, Chung HS, Sullivan JE, Issenberg SB. Simulation in healthcare education: a best evidence practical guide. *AMEE Guide No. 82*. *Med Teach*. 2013;35(10):e1511-30. DOI: 10.3109/0142159X.2013.818632
17. Escudero E, Avedaño Ben-Azul M, Domínguez Cancino K. Simulación clínica y seguridad del paciente: integración en el currículo de enfermería. *Sci Med*. 2018;28(1):ID28853. DOI: <http://doi.org/10.15448/1980-6108.2018.1.28853>

18. Almeida RGS, Mazzo A, Martins JCA, Coutinho VRD, Jorge BM, Mendes IAC. Validation to Portuguese of the Debriefing Experience Scale. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016;69(4):658-64. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690413i>
19. Palaganas JC, Fey M, Simon R. Structured debriefing in simulation-based education. *AACN Adv Crit Care*. 2016;27(1):78-85. DOI: 10.4037/aacnacc2016328
20. Sarfati L, Ranchon F, Vantard N, Schwiertz V, Larbre V, Parat S, et al. Human-simulation-based learning to prevent medication error: a systematic review. *J Eval Clin Pract*. 2019;25(1):11-20. DOI: 10.1111/jep.12883
21. Ziv A, Ben-David S, Ziv M. Simulation based medical education: an opportunity to learn from errors. *Med Teach*. 2005;27(3):193-9.
22. Pazin-Filho A, Scarpelini S. Simulação: definição. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2007;40 (2):162-6.
23. Patterson MD, Geis GL, Falcone RA, LeMaster T, Wears RL. In situ simulation: detection of safety threats and teamwork training in a high risk emergency department. *BMJ Qual Saf*. 2013;22(6):468-77. DOI: 10.1136/bmjqs-2012-000942
24. Kaneko RM, Couto TB, Coelho MM, Taneno AK, Barduzzi NN, Barreto JK, et al. Simulação in situ, uma metodologia de treinamento multidisciplinar para identificar oportunidades de melhoria na segurança do paciente em uma unidade de alto risco. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2015 [citado 2018 fev 12];39(2):286-93. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v39n2e00242014>
25. Barrows HS. An overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills. *AAMC. Acad Med*. 1993;68(6):443-51.
26. McGreevy JM, Otten TD. Briefing and debriefing in the operating room using fighter pilot crew resource management. *J Am Coll Surg*. 2007;205(1):169-76.
27. Fanning RM, Gaba DM. The role of debriefing in simulation-based learning. *Simul Healthc*. 2007;2(2):115-25. DOI: 10.1097/SIH.0b013e3180315539
28. Nulty DD, Mitchell ML, Jeffrey CA, Henderson A, Groves M. Best practice guidelines for use of OSCEs: maximising value for student learning. *Nurse Educ Today*. 2011;31(2):145-51. DOI: 10.1016/j.nedt.2010.05.006
29. Aronowitz T, Aronowitz S, Mardin-Small J, Kim B. Using Objective Structured Clinical Examination (OSCE): as education in advanced practice registered nursing education. *J Prof Nurs*. 2017;33(2):119-125. DOI: 10.1016/j.profnurs.2016.06.003

