



Instituto Politécnico
de Viana do Castelo

A SIMULAÇÃO DE ALTA-FIDELIDADE
NA FORMAÇÃO DE UMA EQUIPA DE EMERGÊNCIA MÉDICA INTRA-HOSPITALAR

Elaborado por **Elisa Amorim Freire**

Viana do Castelo, julho de 2021



Instituto Politécnico
de Viana do Castelo

**A SIMULAÇÃO DE ALTA-FIDELIDADE
NA FORMAÇÃO DE UMA EQUIPA DE EMERGÊNCIA MÉDICA INTRA-HOSPITALAR**

Dissertação apresentada à Escola Superior de Saúde no âmbito do
VI Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica,
para obtenção do Grau de Mestre

Elaborado por **Elisa Amorim Freire**

Sob orientação da **Professora Doutora Maria Aurora Pereira**

e Coorientação do **Mestre Samuel Sampaio de Sousa**

Viana do Castelo, julho de 2021

RESUMO

O Departamento para a Qualidade em Saúde da Direção Geral da Saúde, determinou, em junho de 2010 pela Circular Normativa número 15, a criação e implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar em cada hospital do Serviço Nacional de Saúde, recomendando um programa de melhoria contínua e ressaltando a necessidade de formação contínua da equipa. No norte do país, a Escola de Formação em Emergência de uma Unidade Local de Saúde criou um produto pedagógico destinado à formação dos enfermeiros e médicos, recorrendo à simulação como estratégia pedagógica – o EMI-Sim, desenvolvido com a colaboração de uma Escola Superior de Saúde.

Este estudo pretendeu avaliar a experiência dos formandos com o curso EMI-Sim e tem como objetivos específicos: avaliar os ganhos percebidos, através da Escala de Ganhos Percebidos com a Simulação de Alta-Fidelidade (EGPSA); avaliar a qualidade do *debriefing* associado à simulação, através da Escala de Avaliação do *Debriefing* associado à Simulação (EADaS); avaliar a estruturação dos cenários, e a importância que os participantes lhe atribuem, através da Escala do Design da Simulação (EDS); analisar a associação entre o valor obtido em cada uma das escalas e as variáveis sexo, profissão e experiência anterior em simulação.

Desenhámos um estudo transversal descritivo, de natureza quantitativa que contou com a participação de 15 profissionais (7 enfermeiros e 8 médicos), e que decorreu em março de 2021, durante 2 dias (16 horas). Para a recolha de dados utilizámos três escalas validadas (EGPSA, EADaS e EDS). Os dados foram posteriormente tratados com o software IBM® SPSS® Statistics, versão 26.

Relativamente aos ganhos percebidos, foram avaliados com valor médio de 4,04 ($\pm 0,331$) oscilando entre 3,46 e 4,62 numa escala de 1 a 5. Ao *debriefing* foi atribuído o valor médio de $4,46 \pm 0,334$, destacando-se o valor afetivo com média de $4,75 \pm 0,256$. As práticas educativas obtiveram valor médio de $4,55 \pm 0,460$, a importância atribuída aos itens obteve média de $4,70 \pm 0,460$, com 75% dos participantes a atribuir importância aos itens da escala. As escalas apresentaram correlação estatisticamente significativa, positiva, de intensidade média entre si, à exceção da sub-escala importância atribuída ao design da simulação que apenas apresenta correlação com a sub-escala práticas educativas.

Em suma, os participantes perceberam os ganhos associados à SAF de forma positiva, centrando as suas respostas em melhorei consideravelmente; o *debriefing* associado à simulação afirmou-se como um elemento fundamental desta estratégia de educação interprofissional aprimorada por simulação; quanto às práticas educativas utilizadas no design da simulação, manifestaram, em termos médios, concordância com as afirmações apresentadas, e constatou-se que essas práticas são muito valorizadas pelos mesmos. Verificou-se a existência de diferença estatisticamente significativa, entre médicos e enfermeiros, no valor atribuído ao *debriefing* e na avaliação do design da simulação, sendo que os enfermeiros pontuaram com valores superiores nas duas escalas.

Os instrumentos utilizados demonstraram, através da análise da consistência interna, boas propriedades psicométricas, com valores de alfa de *Cronbach* superiores a 0,8, constituindo-se assim como ferramentas adequadas à avaliação contínua do produto pedagógico. Seria pertinente a replicação do estudo numa amostra mais representativa, assim como a inclusão de instrumentos capazes de aferir quais os contributos que advêm da formação interprofissional.

Palavras-chave / Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Treinamento com Simulação de Alta Fidelidade, Educação Interprofissional, Equipe de Resposta Rápida de Hospitais

ABSTRACT

The Department for Quality in Health of the Health Coordination, determined, in June 2010 by Normative Circular number 15, the creation and implementation of an In-Hospital Medical Emergency Team in each hospital of the National Health Service recommending a program of continuous improvement and emphasizing the need for continuous training of the team. In the north of the country, the Emergency Training School of a Local Health Unit created a pedagogical product for the training of nurses and doctors, using simulation as a pedagogical strategy – the EMI-Sim, developed in collaboration with a Health Superior School.

This study aimed to assess the experience of trainees with the EMI-Sim course and has the following specific objectives: evaluate the gains perceived, through the Scale of Perceived Gains from High-Fidelity Simulation (EGPSA); assess the quality of debriefing associated with simulation, through the Simulation Debriefing Assessment Scale (EADaS); assess the structuring of scenarios, and the importance that participants attribute to it, through the Simulation Design Scale (EDS); analyse the association between the value obtained in each of the scales and the variables sex, profession and previous experience in simulation.

We designed a cross-sectional descriptive study, of a quantitative nature, with the participation of 15 professionals (7 nurses and 8 doctors), held in March 2021, for 2 days (16 hours). For data collection, we used three validated scales (EGPSA, EDaS and EDS). The data were treated with the IBM® SPSS® Statistics software, version 26.

Regarding the perceived gains, these were evaluated with an average value of 4.04 (± 0.331) ranging between 3.46 and 4.62 on a scale of 1 to 5. The debriefing was assigned an average value of 4.46 ± 0.334 , highlighting if the affective value with an average of 4.75 ± 0.256 . The educational practices had a mean value of 4.55 ± 0.460 , the importance attributed to the items had an average of 4.70 ± 0.460 , with 75% of the participants assigning importance to the items on the scale. The scales showed a statistically significant, positive correlation of medium intensity with each other, except the importance attributed to the simulation design sub-scale, which only presents a correlation with the educational practices sub-scale.

The participants perceived the gains associated with the SAF in a positive way, focusing their responses on considerably improved; the debriefing associated with simulation asserted itself as a fundamental element of this simulation-enhanced interprofessional education strategy; for the educational practices used in the simulation design, they expressed, in average terms, agreement with the statements presented, and it was found that these practices are highly valued by them. There was a statistically significant difference between doctors and nurses in the value attributed to the debriefing and in the evaluation of the simulation design, with nurses scoring higher on both scales.

The instruments used demonstrated, through the analysis of internal consistency, good psychometric properties, with Cronbach's alpha values above 0.8, thus constituting adequate tools for the continuous assessment of the pedagogical product. It would be pertinent to replicate the study in a more representative sample, as well as the inclusion of instruments capable of assessing the contributions that come from interprofessional training.

Keywords / Medical Subject Headings (MeSH): High Fidelity Simulation Training, Interprofessional Education, Hospital Rapid Response Team

AGRADECIMENTOS

Gratidão, uma das mais belas e fortes aprendizagens de uma vida.

Considero-me uma pessoa grata e faço da gratidão uma forma de estar.

Agradeço em gestos, em sorrisos, em olhares. Agradeço em palavras ditas e em silêncios.

Hoje escolho a escrita para agradecer:

À minha orientadora, Professora Aurora, uma mulher que admiro e pela qual nutro elevada estima. Soube estar sem se impor, soube ser luz quando eu só via escuridão. Um exemplo, uma orientadora e uma inspiração.

Ao meu coorientador, o meu Mestre Samuel. Digo-lhe sempre que quando for grande quero ser como ele, e quero! Obrigada, Samuel, pela forma simples e despreziosa como me guiaste.

À minha turma, uma verdadeira turma. Companheiros, cúmplices, amigos. Um orgulho fazer parte de um grupo assim, um privilégio ser a vossa delegada!

Às pessoas que fazem da *minha* Escola, a ESS-IPVC, uma casa onde impera o companheirismo, a partilha e um sentido de família.

Aos formadores e formandos do EMI-Sim, por aceitarem o desafio e me ajudarem na concretização.

Aos autores das escalas utilizadas no estudo, pela amabilidade com que disponibilizaram os instrumentos e partilharam o seu saber.

À minha família, por entenderem as ausências e faltas de paciência, por me apoiarem e entenderem, por serem o meu porto seguro e fonte inesgotável de força!

Aos meus amigos, ou como costume chamar-lhes, ‘as minhas pessoas’, não preciso de as enunciar, elas sabem quem são! Sempre atentas e disponíveis, terão sempre um amigo em mim!

A mim mesma, por me aceitar e ter sabido trilhar o meu caminho, no meu tempo, no meu ritmo.

DEDICATÓRIA

Em memória da saudosa Enfermeira Daniela Silva.

Minha Dama, foi por ti!

PENSAMENTO

Coming together is a beginning.

Keeping together is progress.

Working together is success.

Henry Ford

SUMÁRIO

Resumo.....	2
Abstract	4
Agradecimentos.....	6
Dedicatória	7
Pensamento.....	8
Sumário	9
Índice de quadros e tabelas.....	12
Abreviaturas	14
Acrónimos	14
Siglas	15
Introdução.....	17
Capítulo I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	20
1. Emergência Médica Intra-Hospitalar	22
2. Simulação em Saúde.....	24
3. Educação Interprofissional Em Saúde.....	28
3.1. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Dinamização da Educação Interprofissional	31
Capítulo II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	33
1. Justificação do Tema e Objetivos do Estudo.....	34
2. Tipo de Estudo.....	35
3. Contexto do Estudo: O Produto Pedagógico EMI_Sim.....	36

4. População e Amostra.....	36	
5. Instrumentos de Recolha de Dados	38	
5.1. Questionário de Caraterização Sociodemográfica e Profissional.....	39	
5.2. Escala De Ganhos Percebidos com a Simulação de Alta-Fidelidade.....	39	
5.3. Escala de Avaliação do <i>Debriefing</i> Associado À Simulação.....	40	
5.4. Escala do <i>Design</i> da Simulação.....	41	
6. Tratamento e Análise de Dados.....	42	
7. Aspetos Éticos.....	44	
 Capítulo III - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS		
1. Caraterização Sociodemográfica e Profissional da Amostra.....	47	
2. Resultados Obtidos com as Escalas.....	52	
2.1. Ganhos Percebidos com a Simulação.....	53	
2.2. Avaliação do <i>Debriefing</i> associado à Simulação.....	56	
2.3. Avaliação das Práticas Educativas.....	59	
2.4. Importância Atribuída ao <i>Design</i> da Simulação.....	62	
2.5. Análise do coeficiente de correlação entre escalas.....	65	
2.5.1. Correlação entre as Práticas Educativas e a Importância atribuída.....	65	
2.5.2. Correlação entre as quatro escalas.....	66	
2.6. Comparação de médias entre grupos.....	66	
3. Discussão dos Resultados.....	69	
 Capítulo IV - Conclusões e Perspetivas Futuras		75
 Referências Bibliográficas		79
 Anexos.....		87

Anexo A - Escala de Ganhos Percebidos com a Simulação de Alta-Fidelidade (adaptada).....	88
Anexo B - Escala de Avaliação do <i>Debriefing</i> associado à Simulação (adaptada) .	90
Anexo C - Escala do <i>Design</i> da Simulação (adaptada).....	92
Anexo D - Parecer da Comissão de Ética para a Saúde.....	94
Apêndices.....	96
Apêndice A - Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Profissional.....	97
Apêndice B - Declaração de Consentimento Informado.....	100

ÍNDICE DE QUADROS E TABELAS

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Interpretação do coeficiente de pearson, adaptado de Hernández Sampieri, Hernández Callado e Baptista Lucio (2013)	44
---	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Consistência interna da EGPSA no estudo original e neste estudo.....	40
Tabela 2 - Consistência interna da EADaS no estudo original e neste estudo	41
Tabela 3 - Consistência interna da EDS no estudo original e neste estudo.....	42
Tabela 4 - Aferição da normalidade da distribuição dos resultados obtidos	43
Tabela 5 - Distribuição da amostra quanto a sexo, idade e profissão.....	47
Tabela 6 - Distribuição da amostra quanto a profissão, habilitações literárias e especialização	48
Tabela 7 - Distribuição da amostra quanto ao tempo de experiência por profissão	48
Tabela 8 - Distribuição da amostra quanto à experiência profissional.....	49
Tabela 9 - Distribuição da amostra quanto à experiência no DMC	50
Tabela 10 - Distribuição da amostra quanto à experiência noutros serviços.....	50
Tabela 11 - Distribuição da amostra quanto à experiência anterior em contexto de simulação	50
Tabela 12 - Estatística descritiva relativa aos itens e dimensões da EGPSA	53
Tabela 13 - Correlações entre as 5 dimensões e o total da EGPSA	55
Tabela 14 - estatística descritiva relativa aos itens e dimensões da EADaS	56
Tabela 15 - Correlações entre as 3 dimensões e o total da EADaS.....	58
Tabela 16 - Estatística descritiva para os itens e fatores da eds - PE	59
Tabela 17 - Correlação entre os 5 fatores e o total da EDS-PE.....	61
Tabela 18 - Estatística descritiva para os itens e fatores da EDS-IMP.....	62
Tabela 19 - Correlação entre os 5 fatores e o total da EDS-IMP	64
Tabela 20 - Correlação entre a EDS-PE e a EDS-IMP.....	65
Tabela 21 - Correlação entre as escalas (valores totais).....	66
Tabela 22 - Comparação de médias entre participantes do sexo feminino e masculino	67
Tabela 23 - Comparação de médias entre enfermeiros e médicos	67

Tabela 24 – Valores médios por profissão	67
Tabela 25 - Comparação de médias entre participantes com e sem experiência anterior em simulação.....	68

ABREVIATURAS

Página – **p.**

ACRÓNIMOS

COREN – Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

EDS-IMP – Escala do Design da Simulação, componente importância atribuída ao item

EDS-PE – Escala do Design da Simulação, componente avaliação das práticas educativas

EMI-Sim – Curso de Emergência Médica Intra-hospitalar com recurso a Simulação

Sim-EIA – Educação Interprofissional Aprimorada por Simulação

SIGLAS

CRM – Crisis Resource Management

DGS – Direção Geral de Saúde

DMC – Departamento de Medicina Crítica

EADaS – Escala de Avaliação do *Debriefing* associado à Simulação

EDS – Escala do Design da Simulação

EEMC – Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEMI – Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar

EGPSA – Escala de Ganhos Percebidos com a Simulação de Alta-fidelidade

EIP – Educação Interprofissional

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

ERC- European Resuscitation Council

ESS – Escola Superior de Saúde

INACSL – International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning

IPVC – Instituto Politécnico de Viana do Castelo

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PCR-IH – Paragem Cardiorrespiratória Intra-Hospitalar

SAF – Simulação de Alta-Fidelidade

SAV – Suporte Avançado de Vida

SU – Serviço de Urgência

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

INTRODUÇÃO

Todas as disciplinas carecem de produção e de renovação contínuas do seu próprio corpo de conhecimentos e a Enfermagem não é exceção. Esse crescimento apenas poderá ser assegurado pelo investimento dos enfermeiros na Investigação. Nesse sentido, a Ordem dos Enfermeiros (2006, p. 2) sublinha que “(...) esta é a forma de evoluirmos para uma efetiva construção da disciplina, através da identificação de saberes específicos e de uma evolução para a prática baseada na evidência.”

A assunção de funções de enfermeiro especialista acarreta um compromisso acrescido na produção de conhecimento científico com recurso à Investigação, tal como a Ordem dos enfermeiros (OE) ressalva ao definir que o papel do enfermeiro especialista inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática de enfermagem assente na melhor evidência científica (Regulamento nº 140/2019).

A exigência associada ao cuidar da pessoa em situação crítica, aliada à crescente complexidade e especialização dos profissionais de saúde, exige o desenvolvimento de uma estratégia de formação que cultive a educação interprofissional como forma de desenvolver continuamente as competências dos profissionais de saúde (Leathers, Davidson e Desai, 2018).

A simulação é uma das estratégias pedagógicas em crescendo na formação de profissionais de saúde, com resultados comprovados ao nível da formação graduada e pós-graduada (Baptista, Pereira e Martins, 2014). Vários estudos demonstram resultados positivos com a adoção da simulação como estratégia de formação dos profissionais de saúde, destacando o uso da simulação de alta-fidelidade (Berger [et al.], 2018; Kowitlawakul [et al.], 2015; Kirkham, 2018).

Reconhecendo os contributos da simulação no contexto da formação e educação em saúde e enfermagem, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que profissionais de saúde e instituições de educação e formação devem usar simulação na educação dos seus estudantes e no treino dos profissionais (World Health Organization, 2010). Também a International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning (INACSL) recomenda, nas suas normas de boas práticas, que uma atividade de educação interprofissional aprimorada por simulação (Sim-EIA), deve considerar um plano de avaliação para mensurar os resultados da metodologia, da experiência e da aprendizagem de

forma a contribuir não só para a melhoria contínua do produto pedagógico, mas também para a construção de evidência científica sobre Sim-EIA (INACSL Standards Committee, 2016).

A enfermagem à pessoa em situação crítica reveste-se de algumas particularidades que fazem com que o treino realístico seja necessário e vantajoso. Internacionalmente, destacam-se os estudos desenvolvidos por Bell-Gordon, Gigliotti e Mitchell (2014); Boling e Hardin-Pierce (2016); O’Leary, Nash e Lewis (2016); McRae [et al.] (2017) que evidenciam os contributos da simulação no desenvolvimento da confiança, do conhecimento e das competências comunicacionais dos profissionais de saúde, especialmente em pacientes com agravamento do seu estado clínico.

A pessoa admitida num hospital acredita que está no contexto mais seguro e de maior disponibilidade dos recursos que possam ser necessários à resolução da situação que motivou a sua admissão, mas também sente que, face a um agravamento, a resposta intra-hospitalar será rápida e eficiente. Foi da evidência de que essa segurança não estava garantida que surgiu a necessidade de reorganizar a resposta intra-hospitalar ao doente crítico e, no sentido de dar resposta à necessidade destes doentes, surgiram as equipas de reanimação intra-hospitalar, mas com a mudança do paradigma, outrora focado no tratamento do doente em PCR e agora voltado para prevenção do evento crítico, passaram a ser denominadas Equipas de Emergência Médica Intra-Hospitalar - EEMI (Portugal, 2010).

Assim, em 2010, a Direção Geral da Saúde (DGS), por recomendação do Departamento da Qualidade na Saúde, determinou, a nível nacional, a criação e implementação das Equipas de Emergência Médica Intra-Hospitalares atribuindo-lhe a sigla EEMI.

A DGS recomenda que as EEMI sejam equipas constituídas por um médico e um enfermeiro com competências avançadas na abordagem do doente crítico e em técnicas de reanimação, para dar resposta, não apenas a situações de PCR, mas também a todas as situações em que a deterioração fisiológica do doente justifique a necessidade de intervenção de uma equipa diferenciada.

Da combinação do fascínio da mestrandia pela área da simulação de alta fidelidade (SAF) com a curiosidade que o modelo implementado na formação da EEMI de um hospital do norte do país lhe despertou, surge o presente trabalho que tem como objetivo avaliar a experiência dos formandos com o produto pedagógico dirigido aos profissionais da EEMI, desenvolvido pela Escola de Formação em Emergência de um hospital do norte de Portugal em colaboração com uma Escola Superior de Saúde.

Para dar resposta a esse objetivo principal, foi desenhado o presente estudo descritivo, que recorre a escalas validadas para cumprir os seguintes objetivos específicos:

- Avaliar os ganhos percebidos pelos formandos do curso EMI-Sim, através da Escala de Ganhos Percebidos com a Simulação de Alta-Fidelidade (EGPSA);
- Avaliar a qualidade do *debriefing* associado à simulação, através da Escala de Avaliação do *Debriefing* associado à Simulação (EADaS);
- Avaliar a estruturação dos cenários, e a importância que os participantes lhe atribuem, através da Escala do Design da Simulação (EDS);
- Analisar a existência de diferenças estatisticamente significativas em função do sexo, da profissão e da experiência anterior em simulação.

O estudo contou com a participação de 15 profissionais que frequentaram o curso EMI-Sim decorrido em março de 2021. O curso teve uma duração de 2 dias (16 horas) e será detalhadamente descrito no decorrer desta dissertação. No final do curso, os participantes foram convidados, após esclarecimento e consentimento, a responder a três escalas validadas. Os dados foram posteriormente recolhidos e tratados com o software *IBM® SPSS® Statistics*, versão 26.

Este trabalho encontra-se estruturado em capítulos, o primeiro intitula-se *enquadramento teórico* e aborda diferentes temáticas pertinentes para o enquadramento da questão de investigação: emergência médica intra-hospitalar, simulação em saúde e educação interprofissional. O segundo capítulo reporta-se às questões metodológicas e, sob o título *metodologia e desenho do estudo*, apresenta o percurso metodológico escolhido para dar resposta aos objetivos definidos. No terceiro capítulo, *apresentação, análise e discussão dos resultados*, são apresentados os resultados obtidos com os diferentes instrumentos utilizados. De forma a tornar a leitura mais clara, optou-se por apresentar separadamente a caracterização da amostra, seguida dos resultados obtidos com as escalas aplicadas. No quarto capítulo, apresentamos a discussão dos resultados, fundamentada com a evidência científica. Por último, damos nota das conclusões realçando os principais resultados obtidos, as dificuldades sentidas e as limitações do estudo assim como das perspetivas futuras.

CAPÍTULO I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A construção de um marco teórico é um ponto fulcral no desenho de uma investigação que se constitui simultaneamente como “(...) um processo e um produto.” (Hernández Sampieri, Hernández Callado e Baptista Lucio, p.75, 2013). Um processo de pesquisa e exploração do conhecimento existente, do estado da arte, e um produto que é, por sua vez, parte de um produto maior, neste caso, o presente estudo.

Ao enquadrar a pesquisa do ponto de vista teórico, pretendemos, não só documentar a pertinência do estudo à luz da evidência científica disponível, mas também criar uma estrutura de referência para a posterior discussão dos resultados obtidos.

Para este trabalho, procedemos a uma revisão da literatura recorrendo à pesquisa na base de dados indexada Biblioteca do Conhecimento Online (*B-On*), do motor de busca EBSCO®, assim como da biblioteca física da Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC). Foram também consultados e analisados documentos de trabalho do grupo de formadores do produto pedagógico em estudo assim como o dossier técnico-pedagógico do curso, disponível na Unidade de Formação da Unidade Local de Saúde.

Em termos temporais, a pesquisa abrangeu publicações posteriores a 2014, salvo exceções em que se entendeu que o contributo do conteúdo da publicação era preponderante para o estudo. Foram privilegiadas as fontes primárias, tal como recomendam as melhores práticas em investigação.

Considerando o exposto, abordaremos então os seguintes temas: emergência médica intra-hospitalar, a simulação de alta-fidelidade na formação contínua em saúde e educação interprofissional em saúde.

1. EMERGÊNCIA MÉDICA INTRA-HOSPITALAR

Nas últimas décadas temos assistido a uma mudança no paradigma de abordagem à pessoa em situação crítica. O foco, anteriormente voltado para a vítima em paragem cardiorrespiratória (PCR), está agora na deteção precoce de sinais de deterioração preditivos da PCR, que permitam identificar e intervir atempadamente, prevenindo assim a paragem.

No meio intra-hospitalar, as PCR surgem maioritariamente com sinais precoces de deterioração clínica que importa reconhecer para que se desencadeie uma resposta assente em cuidados de saúde diferenciados (Subbe [et al.], 2017).

Vários estudos demonstram que eventos críticos graves são frequentes entre os doentes internados. Maharaj, Raffaele e Wendon (2015) estimaram que 35% a 50% desses eventos seriam evitáveis se detetados precocemente.

Em 1990, surgiram as primeiras recomendações de Utstein, com o propósito de orientar investigadores e profissionais, de forma a que os dados fossem reportados e recolhidos de forma uniforme e similar, promovendo deste modo uma caracterização epidemiológica da paragem cardiorrespiratória em meio intra-hospitalar (PCR-IH) e possibilitando assim estudos comparativos entre sistemas e abordagens, passíveis de identificar pontos a melhorar, pontos fortes a partilhar com os demais, para assim melhorar os cuidados e apoiar a produção científica baseada na evidência (Otto [et al.], 2021).

A incidência de PCR-IH na Europa situa-se entre 15 e 28 casos por 10.000 admissões hospitalares. Segundo o *European Resuscitation Council* (ERC), a incidência não é verdadeiramente conhecida pois os dados nos quais os cálculos se baseiam, incluem frequentemente doentes com decisão de não reanimar, mortes esperadas, entre outros. Por outro lado, doentes que sofrem PCR-IH prontamente assistida (por exemplo, eventos de fibrilação ventricular em pleno laboratório de hemodinâmica) são muitas vezes subnotificados, contribuindo também para esta imprecisão dos dados (Grasner [et al.], 2021).

A pessoa admitida num hospital acredita que está no contexto mais seguro e de maior disponibilidade dos recursos que possam ser necessários à resolução da situação que motivou a sua admissão, mas também sente que, face a um agravamento, a resposta intra-hospitalar será rápida e eficiente. Foi da evidência de que essa segurança não estava garantida que surgiu a necessidade de reorganizar a resposta intra-hospitalar ao doente crítico. Para dar então resposta à necessidade destes doentes, surgiram as equipas de reanimação intra-

hospitalar, mas com esta mudança no paradigma, outrora focado no tratamento do doente em PCR e agora voltado para prevenção do evento crítico, passaram a ser denominadas Equipas de Emergência Médica Intra-Hospitalar - EEMI (Portugal, 2010).

Assim, em 2010, a Direção Geral da Saúde, por recomendação do Departamento da Qualidade na Saúde, determinou, a nível nacional, a criação e implementação das Equipas de Emergência Médica Intra-Hospitalares atribuindo-lhe a sigla EEMI.

Nessa norma, a DGS recomenda que as EEMI sejam equipas constituídas por um médico e um enfermeiro com competências avançadas na abordagem do doente crítico e em técnicas de reanimação, para dar resposta, não apenas a situações de PCR, mas também a todas as situações em que a deterioração fisiológica do doente justifique a necessidade de intervenção de uma equipa diferenciada.

A sua implementação tem subjacente uma série de requisitos e de áreas de intervenção, conforme discrimina a Circular Normativa n.15/DQS/DQCO de 22 de junho, de entre os quais destacamos, no âmbito deste estudo, os recursos humanos e a formação.

A DGS determina que, cada Hospital, de acordo com os seus recursos disponíveis, deverá assegurar a existência, 24 horas por dia e 365 dias por ano, de uma EEMI dotada de médico e enfermeiro com competência em abordagem avançada da via aérea, reanimação e, preferencialmente, formação na área da emergência ou de cuidados intensivos. O médico EEMI deve, no mínimo, possuir formação em suporte avançado de vida e recomenda-se formação em intensivismo. O enfermeiro deve ter, no mínimo, formação em suporte imediato de vida, recomendando-se o Suporte Avançado. Todo o processo de formação carece de uma recertificação periódica e a DGS recomenda ainda a implementação de um programa de melhoria da qualidade da ativação e atuação da EEMI com vista à melhoria contínua do tratamento dos doentes com consequente diminuição da mortalidade e diminuição dos custos.

Pese embora o tempo já decorrido desde que essa recomendação foi emanada, são escassos os estudos e documentos sobre o cumprimento da mesma. No âmbito de uma dissertação de mestrado, Silva (2015), observou que, comparativamente com um centro hospitalar sem EEMI, o centro hospitalar com EEMI apresentou uma Redução Risco Absoluto de 9,01% de morte por PCR. Nesse mesmo estudo, a taxa de mortalidade calculada foi de 2,82 casos por 1000 episódios de internamento, com incidência de PCR de 28,24 casos por cada 10 000 habitantes, duas vezes menor do que a incidência do centro hospitalar em comparação. O estudo acrescenta ainda que, quando efetuadas manobras de RCP, o centro

hospitalar com EEMI teve um maior número de PCR revertidas, com uma taxa de mortalidade 2 vezes menor que o centro hospitalar sem EEMI.

Habitualmente temos vários modelos de funcionamento de EEMI em vigor no território nacional, mas não há produção científica de dados precisos e concretos.

2. SIMULAÇÃO EM SAÚDE

O recurso à simulação como ferramenta pedagógica tem já um longo percurso nas ciências da saúde embora na última década se tenha assistido a um crescimento exponencial.

A simulação clínica é uma estratégia de ensino prático na área da saúde que pode servir-se de simuladores de baixa ou média tecnologia, quando os objetivos pretendem o treino de habilidades técnicas específicas, ou simuladores de alta tecnologia, quando a intenção é o desenvolvimento de raciocínio clínico, tomada de decisão, habilidades técnicas, atuação da equipa multiprofissional ou outras competências mais amplas, a partir de casos clínicos complexos.

A simulação, independentemente do nível de fidelidade, favorece a cultura de segurança, uma vez que propicia um ambiente em que o erro não causa evento adverso ao paciente e, por isso, é considerada uma ferramenta para melhorar o processo de ensino aprendizagem (Boling e Hardin-Pierce, 2016).

A simulação de alta fidelidade é especialmente útil para os cenários em que os parâmetros fisiológicos sofrem mudanças rápidas, como é o caso do doente crítico (Pepin e Florence, 2021).

A simulação possui, enquanto prática pedagógica, um conjunto de princípios e de pressupostos norteadores que se baseiam claramente nas filosofias educacionais e teorias de aprendizagem fundamentais à compreensão dos processos que estão implicados na aprendizagem, no processamento da informação e na memória.

O Behaviorismo e o Construtivismo são filosofias consideradas aplicáveis para o desenho, desenvolvimento, implementação e facilitação da prática da simulação (Levine [et al.] citado por Costa, 2017).

O Behaviorismo permite especialmente compreender a necessidade de desenhar programas de treino que se focalizem na realização de tarefas, simples e complexas, com base no automatismo. É desta filosofia que deriva a abordagem da prática deliberada, conceptualizada por Anders Ericsson e considerada uma das boas práticas em simulação por McGaghie [et al.] (2010) que atribuem enorme relevância à prática repetitiva no aumento da perícia e alcance da excelência no desempenho técnico. A aquisição de competências técnica através da simulação pode assentar os seus pilares nesta teoria.

O Construtivismo engloba um conjunto de teorias, entre elas, a aprendizagem experiencial. A aprendizagem experiencial orienta o papel do formador para criar oportunidades de aprendizagem focadas no formando, ajudando-o a construir o conhecimento e significado a partir das suas ideias e experiências prévias. A aprendizagem é então vista como um processo ativo, que permite a reflexão na ação e sobre a ação. A simulação pretende criar essa experiência de aprendizagem e, portanto, os formadores (ou facilitadores) devem a questionar-se sobre as premissas e convenções que suportam esta metodologia (Levine [et al.] citado por Costa, 2017).

Pese embora o contributo das teorias anteriores, o conceito de Aprendizagem de Adultos (Andragogia) também desempenha um papel central na educação em ciências da saúde, pois considera que os formandos possuem características e encontram razões e barreiras de aprendizagem muito particulares (Jones, Passos-Neto e Braghiroli, 2015). Em simulação deve-se, portanto, atender a estes princípios para potencializar ao máximo a experiência de aprendizagem. Uma das formas de o fazer, corroborada por este modelo, é através do *debriefing*. Apontada como a dimensão mais crítica da simulação, independentemente do nível de realismo e fidelidade, o *debriefing* é um passo crucial para reforçar e analisar a experiência em ambiente simulado e compreender como poderá afetar a prática futura (Alhaj Ali [et al.], 2020).

O desenvolvimento da simulação deve, portanto, ser fundamentado num quadro teórico e conceptual que seja relevante para a sua prática, de forma a constituir-se como uma estratégia ajustada ao contexto e a não impor o contrário, que o contexto se ajuste à estratégia implementada.

Tipicamente, independentemente do nível de fidelidade da simulação, esta deve ser constituída por três etapas: *briefing*, cenário simulado e *debriefing* (Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, 2020; Sá-Couto [et al.], 2016).

No *briefing*, o facilitador fornece aos participantes as informações necessárias para o desenvolvimento do cenário. É durante esta fase que os participantes tomam conhecimento da experiência em que vão participar, estabelecendo o compromisso com o facilitador e reforçando as regras básicas que permitirão um ambiente seguro durante o desenvolvimento do cenário propriamente dito. É também o momento em que o facilitador dá a conhecer aos participantes objetivos, tempo, equipamentos disponíveis e a história do paciente simulado. O *briefing* é de extrema importância para o sucesso da experiência e deve ser estruturado e planejado para que, no momento do cenário, não falem informações importantes que comprometam o desenvolvimento do mesmo (Alhaj Ali [et al.], 2020; Coutinho, Martins e Pereira, 2014; Kirkham, 2018).

O cenário simulado propriamente dito inicia-se depois do *briefing*. Nesta fase, os participantes desempenham o seu papel face ao caso clínico que foi construído, mobilizando para uma situação realística conhecimentos e competências já adquiridos. Os facilitadores conduzem o cenário e observam ativamente, tomando notas que vão depois guiar a próxima fase da experiência: o *debriefing*.

O *debriefing* constitui-se como pedra basilar da consolidação das aprendizagens dinamizadas pela experiência clínica simulada. Nesta etapa, o facilitador, dinamiza a análise da forma como decorreu o cenário simulado. É nesta fase que frequentemente são identificados *frames* pré-concebidos e que o participante reflete e reestrutura o seu pensamento para uma nova construção do conhecimento, e, por isso, com frequência se atribui ao *debriefing* o ónus dos contributos da experiência clínica simulada, seja ela de baixa, média ou alta fidelidade (Kirkham, 2018; Sá-Couto [et al.], 2016).

O uso da simulação enquanto estratégia de formação deve ser encarado como uma oportunidade, corroborada pelos melhores padrões educacionais existentes, e como um imperativo ético, que será necessariamente adaptado de acordo com as especificidades de cada organização, devendo envolver os peritos em simulação, os professores, os clínicos e os estudantes ou formandos.

Neste domínio, as instituições de saúde têm uma enorme responsabilidade, relacionada com a sua função educativa, isto é, devem ser capazes de implementar as mudanças necessárias para potenciar a aprendizagem entre alunos, profissionais, doentes e público em geral, contribuindo para a criação, disseminação, aplicação e transferência dos conhecimentos e práticas mais atuais, baseados na evidência, devendo tal implicar a adoção de técnicas de simulação clínica. As instituições de ensino na área da saúde têm, por sua vez,

igual responsabilidade em dinamizar metodologias de ensino que garantam aos estudantes a mesma oportunidade de experiências, respeitem a sua individualidade, garantam a sua segurança e a segurança dos doentes. Metodologias capazes de acompanhar o desenvolvimento tecnológico e de cativar uma geração de estudantes exigente do ponto de vista do uso da tecnologia, não podendo, deste modo, descurar o uso da simulação.

Obviamente que a adequada adoção de programas de simulação, implica o conhecimento e o cumprimento de standards e critérios de qualidade específicos. Nesse sentido, a comunidade científica está empenhada e organizada em diferentes associações e núcleos, que, com uma abrangência multi e interdisciplinar, visam emanar normas, guiões e instrumentos passíveis de serem usados como referência para a melhoria contínua dos programas educativos com recurso a simulação.

Da nossa pesquisa, destacam-se o *Manual de Simulação Clínica* e os *Padrões para as melhores práticas em simulação*. O primeiro, publicado pelo Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN) em 2020, é um documento rico em forma e conteúdo, que visa clarificar conceitos e orientar os profissionais para a dinamização da simulação como recurso formativo. Constitui-se como um excelente guia metodológico para o desenvolvimento de um programa educativo baseado em simulação. A INACSL, uma associação que visa melhorar a segurança do doente por meio da excelência em simulação de cuidados em saúde, publicou em 2011, os “Padrões para as Melhores Práticas em Simulação” a partir das melhores evidências científicas, com o objetivo de subsidiar as decisões e ações definidas por valores compartilhados, crenças e princípios para o alcance dos objetivos e resultados da aprendizagem baseada em simulação. Esses padrões foram revistos em anos posteriores, sendo que a terceira e última edição foi publicada em 2016 e traduzida para a língua portuguesa (INACSL Standards Committee, 2016).

Segundo os padrões da INACSL, todas as experiências baseadas em simulação requerem avaliação de conhecimentos (domínio cognitivo), habilidades (domínio psicomotor) e atitudes/comportamentos (domínio afetivo) demonstrados pelos participantes durante a atividade simulada. Relativamente à avaliação formativa ou sumativa, a associação refere que a mesma pode ser usada, mas não a aponta como necessária para excelência (INACSL Standards Committee, 2016). Também o COREN recomenda a avaliação sistemática da simulação com vista à melhoria contínua e à aferição dos resultados obtidos (Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, 2020).

A avaliação da simulação clínica por todos os envolvidos é fundamental para auxiliar na melhoria do processo de qualidade. A avaliação do desempenho dos participantes deve estar vinculada aos objetivos de aprendizagem e à complexidade do cenário, realizada por meio de uma ferramenta válida e confiável que permita avaliar os resultados alcançados. Todos os participantes devem ter conhecimento prévio do método de avaliação ao qual serão submetidos no final da prática simulada. Essa avaliação pode ser garantida através de um questionário de avaliação do conhecimento adquirido pelos participantes antes e/ou após a atividade simulada (pré e pós-teste) (Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, 2020).

O COREN, no seu manual de simulação clínica para profissionais de enfermagem, recomenda também o uso de escalas de avaliação da simulação como a Escala de Satisfação e Autoconfiança no Aprendizado, Escala de Satisfação com Experiências Clínicas Simuladas, *Simulation Effectiveness Tool - Modified*, Escala do *Design* da Simulação (EDS) e Escala de Satisfação dos Estudantes de Enfermagem - Simulação de Alta-Fidelidade, Escala de Ganhos Percebidos com a Simulação de Alta-Fidelidade (EGPSA). Outras escalas foram validadas para a população portuguesa, como é o caso da Escala de Avaliação do *Debriefing* associado à Simulação (EADaS).

3. EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE

A Educação Interprofissional (EIP) pode ser definida como uma estratégia em que estudantes ou profissionais da saúde de duas ou mais profissões aprendem juntos, de forma interativa e colaborativa, melhorando assim os resultados em saúde (Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, 2020).

Interprofissionalidade implica a interação entre as profissões com vista à colaboração em torno de um objetivo comum. A OMS (World Health Organization, 2010) sugere a educação interprofissional como uma resposta à segregação das profissões, num apelo à necessidade da implementação de situações de aprendizagem entre as diferentes profissões de saúde.

Diversos estudos concluíram que a educação interprofissional tem potencial na preparação de estudantes para situações complexas de trabalho em equipa, que a aplicação da educação interprofissional na prática clínica pode melhorar a qualidade de cuidados

prestados ao doente, e que esta metodologia pode contribuir para o desenvolvimento das competências não técnicas de cada elemento da equipa (Inzunza [et al.], 2020; Way e Dixon, 2019; Watanabe [et al.], 2019; Homeyer [et al.], 2018).

Homeyer et al. (2018) referem que a EIP promove a cooperação de médicos e enfermeiros com benefícios não apenas para os profissionais mas também para os doentes, traduzindo-se numa otimização do cuidado centrado no doente e na promoção de uma cultura de segurança do doente.

Numa *scooping review* publicada em 2020 destaca-se a efetividade da simulação e do *e-learning* na educação interprofissional verificada por diversos estudos europeus e norte-americano (Inzunza [et al.], 2020).

Se se almeja um cuidar centrado no doente, ou seja, uma prática interprofissional, é imperativo que a educação siga os mesmos moldes (Murphy, Gilbert e Rigby, 2019). Pensar um produto pedagógico para uma equipa sem equacionar na sua fórmula a interprofissionalidade seria ignorar a evidência que a ciência e pesquisa nos trazem. Este cuidado no desenho do produto pedagógico EMI-Sim foi o gatilho para este estudo.

Esta prática centrada no doente exige uma prática colaborativa entre diferentes profissões (Leathers, Davidson e Desai, 2018). Um conceito formativo cada vez mais usado e aconselhado é o treino e formação contínua interprofissional. Este implica a colaboração de diferentes profissões no planeamento e realização de programas de formação contínua, por forma a possibilitar uma aprendizagem conjunta que envolva os diferentes cuidados que cada profissão desempenha. Desta forma existe um evidente foco na melhoria da colaboração entre grupos profissionais, no seu trabalho em equipa e consequentemente nos resultados em saúde dos doentes (Price e Reichert, 2017).

A simulação é um recurso que se enquadra nesta visão interprofissional da formação e é uma das recomendações das normas de boas práticas do INACLS, que sublinha a necessidade de um trabalho em equipa para fazer face às complexas necessidades de cuidados de saúde da sociedade atual, pois cuidados de saúde seguros e de qualidade são dependentes da habilidade para cooperar, comunicar e partilhar habilidades e conhecimento entre profissões (INACSL Standards Committee, 2016).

Através da simulação podem conjugar-se, num ambiente seguro, controlado e realístico, diferentes profissionais para que assim possam praticar e trabalhar em equipa as suas competências, recorrendo a cenários e casos clínicos pertinentes para todos (Pepin e

Florence, 2021). A simulação em educação interprofissional proporciona uma oportunidade perfeita para desenvolver competências não técnicas, como o trabalho em equipa, a liderança e a comunicação (Leathers, Davidson e Desai, 2018; Sundberg [et al.], 2019; Chen [et al.], 2019).

Internacionalmente, a literatura cita frequentemente a *Utstein Formula for Survival*: um modelo reconhecido que combina três elementos determinantes do potencial de sobrevivência perante um evento crítico que possa culminar em paragem cardiorrespiratória.

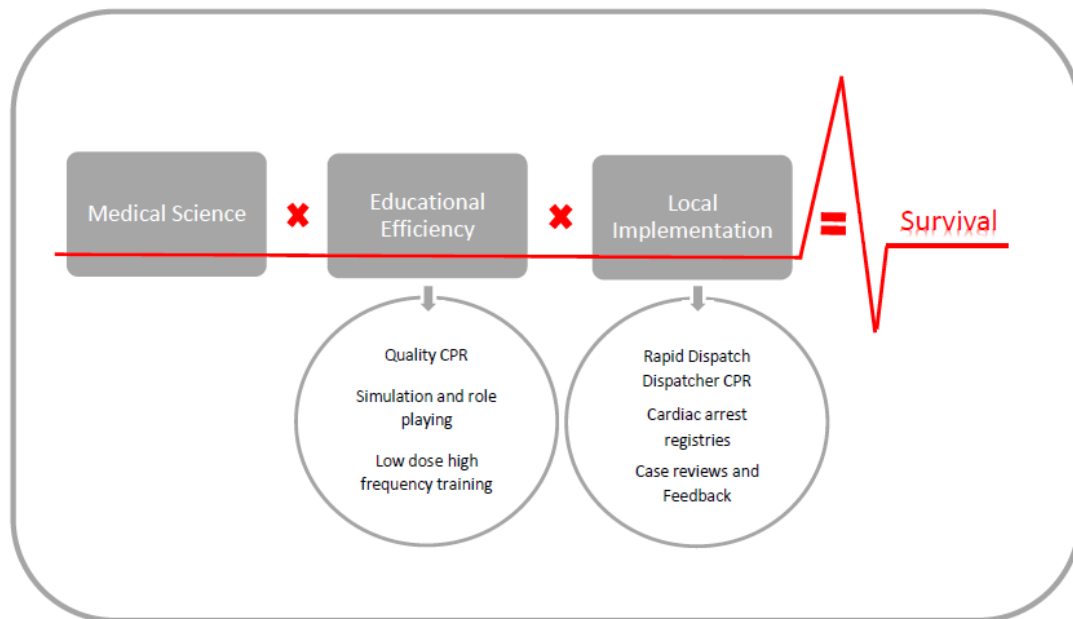


FIGURA 1 - THE UTSTEIN FORMULA OF SURVIVAL (adaptado de Otto *et al.*, 2021)

Como podemos ver na figura 1, o modelo de *Utstein* sugere a combinação do estado da arte com a eficiência dos programas educativos e a implementação local das estratégias como fórmula para a implementação, avaliação e melhoria contínua dos sistemas de resposta ao doente crítico.

Uma revisão da literatura sobre os 30 anos de aplicação da *Utstein Formula of Survival* destaca que, a sua simplicidade, e o modo como visualmente espelha aspetos primordiais da estratégia de gestão de cuidados ao doente crítico, faz dela uma excelente ferramenta para aferir pontos forte e pontos fracos na abordagem sistemática da formação dos departamentos de doente crítico (Otto [et al.], 2021).

Quando olhamos para o produto pedagógico EMI-Sim, facilmente conseguimos ver espelhados estes princípios.

As mais recentes recomendações do Conselho Europeu de Ressuscitação, fazem também referência a esta fórmula como pedra basilar do desenvolvimento e melhoria contínua dos cuidados de emergência centrados no doente (Greif [et al.], 2021). A sua aplicação vai além da estruturação de um programa educativo, pois considera também a estruturação de bases de dados para registos dos eventos críticos atendidos pelas equipas, de forma a poder analisar o desempenho das equipas, os ganhos em saúde e, assim, aferir um programa de melhoria contínua do produto pedagógico.

3.1. O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA DINAMIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL

A Educação Interprofissional Aprimorada por Simulação (Sim-EIA) é a junção da pedagogia da simulação à educação interprofissional de a forma a construir uma abordagem colaborativa para o desenvolvimento das competências necessárias a um cuidar interdisciplinar.

A INACLS (2016) recomenda as experiências baseadas em simulação como uma forma eficaz de promover o trabalho em equipa, de garantir a segurança do doente e dos profissionais e de melhorar os cuidados, e consequentemente os ganhos em saúde para a população. Refere ainda que, apesar das aparentes vantagens na adoção de estratégias de Sim-EIA, a produção de evidência científica é ainda parca e, portanto, recomenda também a utilização de instrumentos de avaliação dos momentos de simulação que permitam traduzir o seu real valor

O COREN corrobora esta afirmação e sugere ainda o desenvolvimento de estudos que avaliem os ganhos em saúde que podem advir de programas de formação que aliem a simulação e a educação interprofissional (Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, 2020).

Ser especialista em enfermagem exige pensar, teorizar e praticar uma enfermagem avançada em que os conhecimentos e competências adquiridos e desenvolvidos são postos ao serviço da pessoa e do seu próprio projeto de saúde, procurando a excelência dos cuidados.

O enfermeiro especialista não se cinge à prestação de cuidados com elevados padrões de qualidade, deve também colocar esse quadro de conhecimentos e competências avançadas de que está munido ao dispor da profissão de forma a torná-la numa ciência consistente na qual os avanços teóricos promovem a qualidade da prática e se traduzem, portanto em ganhos em saúde para a população.

A enfermagem especializada possui um quadro comum de competências, transversais às diferentes áreas de especialidade e ainda competências específicas para cada área. Nesse âmbito, o enfermeiro especialista é um profissional habilitado para o desenvolvimento de planos de formação e deve estar atento às necessidades da equipa que integra. No cuidar da pessoa em situação crítica, a enfermagem cuida numa proximidade e articulação harmoniosa com outras profissões e, o enfermeiro especialista, pela sua competência acrescida, tem um lugar privilegiado que pode usar como motor de uma dinâmica de educação interprofissional fazendo assim jus ao emanado pela OE que determina o papel do enfermeiro especialista no domínio da melhoria contínua da qualidade (Regulamento nº 140/2019).

O enfermeiro é frequentemente o elo de ligação entre diferentes especialidades e, em carácter de urgência e emergência, assume um papel de liderança da equipa. Cada vez mais assistimos a este desmoronar da hierarquia da saúde e vemos surgir uma prática colaborativa. O enfermeiro deve saber criar e dinamizar momentos potenciadores da mesma e assim contribuir para esta mudança do paradigma do cuidar em saúde, onde cada profissional contribui para o melhor resultado e, onde a junção de todos se traduz num ganho superior.

CAPÍTULO II

ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A base de qualquer trabalho de investigação é sempre uma metodologia científica. É a metodologia científica que permite uma recolha, análise e interpretação dos dados capaz de garantir a fiabilidade e a qualidade dos resultados da investigação (Fortin, 2009). A escolha da metodologia mais adequada ao problema que se pretende estudar é fundamental para alcançar os objetivos definidos, para responder às questões de investigação e para confrontar essas questões com o conhecimento adquirido, criando assim novo conhecimento.

1. JUSTIFICAÇÃO DO TEMA E OBJETIVOS DO ESTUDO

Qualquer que seja o estudo que pretendemos desenvolver, qualitativo ou quantitativo, transversal ou longitudinal, ele começa sempre com uma ideia, uma inquietação ou um interesse. Citando Hernández Sampieri, Hernández Callado e Baptista Lucio (p.51, 2013) “(...) ainda não conhecemos o substituto de uma boa ideia.”.

A produção de evidência científica sobre as práticas de enfermagem é um interesse comum aos investigadores deste trabalho e que, no caso da investigadora principal, tomou maiores proporções como estudante do mestrado em enfermagem médico-cirúrgica, e, num dos estágios contemplado no plano curricular, a mesma teve oportunidade de voltar a um serviço de urgência onde dera os seus primeiros passos no cuidar da pessoa em situação crítica, mas agora era uma outra pessoa e uma outra profissional. Importa contextualizar o leitor, fazendo nota de que a investigadora principal é enfermeira desde 2004 e que desde 2008 exerce funções em ambulância de suporte imediato de vida, ou seja, em contexto de emergência extra-hospitalar. Dotada de um espírito crítico que tão bem caracteriza o enfermeiro proficiente (Benner, 2001), viu neste estágio uma oportunidade de repensar as suas práticas e de aprofundar conhecimentos. Deparou-se com uma enfermagem renovada, com uma lufada de ar fresco. O que ali acontecia precisava ser replicado criando evidência científica.

De entre as várias boas práticas que teve oportunidade de conhecer, a reestruturação da EEMI foi, por várias razões, a eleita. Aliava a simulação, um interesse que o curso de mestrado fez crescer, à emergência, o seu núcleo duro de conhecimento. Conjugava o gosto pela componente formativa com a aquisição de competências em investigação, imprescindíveis ao exercício de uma enfermagem especializada (Regulamento nº. 140/2019)

. Conseguia ainda entrar pelo campo da interprofissionalidade, tão valorizado pelos investigadores.

A escolha do tema deve considerar as preferências do investigador mas também a pertinência, a atualidade e os contributos que o trabalho poderá trazer para a comunidade científica (Hernández Sampieri, Hernández Callado e Baptista Lucio, 2013). Sendo a SAF um tema da atualidade e uma estratégia de formação recomendada para a educação interprofissional em saúde, quer pela OMS quer por várias entidades de reconhecida validade na área, pareceu-nos que estavam reunidas as condições para a validação da escolha do tema: a simulação de alta fidelidade na formação de uma EEMI.

Definir os objetivos do estudo é uma etapa crucial do seu desenvolvimento. Os objetivos devem ser claros, para evitar variações na sua interpretação, atingíveis, para que o estudo seja bem sucedido, e congruentes entre si, para que o resultado seja consistente (Hernández Sampieri, Hernández Callado e Baptista Lucio, 2013).

O presente estudo tem como objetivo avaliar a experiência dos formandos com o produto pedagógico EMI-Sim recorrendo a instrumentos validados. Para dar resposta ao objetivo principal, foram delineados objetivos específicos:

- Avaliar os ganhos percebidos pelos formandos do curso EMI-Sim, através da Escala de Ganhos Percebidos com a Simulação de Alta-Fidelidade (EGPSA);
- Avaliar a qualidade do *debriefing* associado à simulação, através da Escala de Avaliação do *Debriefing* associado à Simulação (EADaS);
- Avaliar a estruturação dos cenários, e a importância que os participantes lhe atribuem, através da Escala do Design da Simulação (EDS);
- Analisar a associação entre o valor obtido em cada uma das escalas e as variáveis sexo, profissão e experiência anterior em simulação.

2. TIPO DE ESTUDO

De forma a dar resposta ao objetivo definido, optou-se por um estudo transversal descritivo com abordagem quantitativa.

O estudo é transversal pois recolhe dados num único momento e o seu “(...) propósito é descrever variáveis e analisar sua incidência e inter-relação num determinado momento.”. A opção por um desenho descritivo surgiu naturalmente pois pretendíamos exatamente isso: descrever o fenómeno em estudo, neste caso, o impacto do curso EMI-Sim. Num estudo descritivo, os investigadores pretendem descrever um fenómeno ou situação, especificando características e propriedades, podendo também “(...) realizar descrições comparativas entre grupos ou subgrupos de pessoas (...)” (Hernández Sampieri, Hernández Callado e Baptista Lucio, 2013, p.170).

A investigação teve como objeto de estudo um produto pedagógico desenhado pela Escola de Formação em Emergência de uma Unidade Local de Saúde do norte de Portugal com a colaboração de uma Escola Superior de Saúde; a colheita de dados decorreu no Laboratório de Simulação dessa escola. Após a formação com recurso a SAF e *debriefing* estruturado, os participantes foram convidados a responder a três escalas validadas, que pretendiam avaliar os ganhos percebidos, o design da simulação e o *debriefing* associado à simulação.

3. CONTEXTO DO ESTUDO: O PRODUTO PEDAGÓGICO EMI-SIM

Cuidar da pessoa em situação crítica é uma missão que exige uma equipa de saúde e não apenas um profissional. Kérouac [et al.] (1996) referem que, por motivos do constante desenvolvimento tecnológico e da rápida evolução e fragmentação do conhecimento, se torna impossível que os profissionais de saúde trabalhem isoladamente. Apenas complementando saberes de diferentes categorias profissionais poderemos almejar a excelência do cuidar. Para isso importa que os profissionais trabalhem juntos, se complementem e se formem juntos. Foi com base nesta premissa que a Escola de Formação em Emergência de um hospital do norte do país desenvolveu, em parceria com a ESS-IPVC, um produto pedagógico que pretende formar, inicial e continuamente, os profissionais, enfermeiros e médicos, da sua EEMI: o curso EMI-Sim.

O curso EMI-Sim tem o seu nome com origem na combinação dos conceitos de emergência intra-hospitalar e simulação. O programa do curso foi desenvolvido com base nos conceitos inerentes à metodologia de gestão de eventos críticos. Os cenários simulados foram desenvolvidos por médicos e enfermeiros com formação e experiência, quer na área

do doente crítico quer em simulação, e basearam-se em cenários reais seguindo o algoritmo de deteção e resolução de problemas ABCDE e a casuística das ativações da EEMI.

O EMI-SIM é então um curso interprofissional, para enfermeiros e médicos, que tem como objetivos:

“- *Desenvolver competências na abordagem do doente crítico em ambiente intra-hospitalar;*

- *Capacitar equipas na gestão do evento crítico;*

- *Consolidar conhecimento com recurso à simulação de alta-fidelidade e à técnica de debriefing estruturado;*

- *Treinar habilidades na abordagem com metodologia ABCDE e resolução do diagnóstico diferencial.”*

(ULSAM, 2020)

O curso EMI-Sim tem a duração de 16 horas e pressupõe conhecimentos prévios na área da emergência e reanimação, pelo que aos participantes é exigido um curso de Suporte Avançado de Vida (SAV) válido e a resposta a um pré-teste, que exclui os candidatos com classificação inferior a 75%. Os participantes têm acesso a um manual e a bibliografia recomendada, que deverão explorar antes de frequentar o curso. A avaliação é formativa e contínua, e termina com um teste final, no qual o participante deverá obter uma classificação superior a 75% para obter aprovação no curso.

O produto pedagógico inclui sessões teóricas e workshops, para além dos casos simulados de média e alta-fidelidade. Para isso, recorre ao simulador de média-fidelidade *Ressusci-Anne*® da Laerdal®, e de alta-fidelidade *Meti-Man*® da CAE®. Os cenários simulados possuem uma ficha descritiva que serve também de guião orientador para os facilitadores, indo de encontro às boas práticas recomendadas para a simulação. Também para o *briefing* e o *debriefing* foram criados guiões, no sentido de sistematizar e orientar o desenrolar da atividade formativa. No término do curso, para além do teste final, os participantes respondem aos habituais questionários de satisfação com a ação e os formadores. Este estudo pretende acrescentar valor ao produto pedagógico, avaliando a simulação enquanto recurso pedagógico através de instrumentos validados, dando assim resposta à recomendação da DGS que assinala a necessidade de implementação de programas de avaliação e melhoria contínua (PORTUGAL, 2010).

4. POPULAÇÃO E AMOSTRA

O processo de inferência estatística implica que a amostra seja representativa da população teórica do estudo (Maroco, 2011). Com este trabalho, pretende-se avaliar a experiência dos formandos com o produto pedagógico EMI-Sim recorrendo a três escalas validadas. Não foi nossa pretensão inferir resultados à escala global, assim, a amostragem foi obtida de forma não probabilística, por conveniência, sendo constituída pelos formandos do curso que, após consentimento informado, aceitaram, participar no estudo. Como todos os participantes aceitaram responder aos instrumentos, a amostra correspondeu à população, totalizando 15 participantes.

As contingências inerentes ao estado de emergência ditado pela pandemia COVID-19 traduziram-se no cancelamento de várias ações de formação programadas, o que se traduziu numa diminuição significativa da amostra disponível para este estudo.

5. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Para a recolha dos dados necessários ao atingimento dos objetivos a que nos propusemos, foram selecionadas três escalas, validadas em português; foi também criado um questionário de caracterização sociodemográfica e profissional e foi efetuada análise documental do dossier técnico-pedagógico do curso.

A escolha das escalas teve por base a sua validade comprovada e o tipo de dados que nos permitiria recolher pois, a fidelidade e a validade são aspetos essenciais a considerar na escolha de um instrumento de medida (Fortin, 2009). Foi verificada a confiabilidade de cada escala e sub-escala através do coeficiente alfa de *Cronbach*, tal como efetuado pelos autores das escalas, e como recomendam Hernández Sampieri, Hernández Callado e Baptista Lucio (2013, p.315) que nos dizem que “a confiabilidade é calculada e avaliada para todo o instrumento de mensuração utilizado(...)” e quando existam “(...) várias escalas para diferentes variáveis (...) a confiabilidade deve ser estabelecida para cada escala e para o total das escalas”.

Para as três escalas validadas e publicadas, requeremos, com resposta favorável, autorização para a sua utilização assim como para a sua adaptação em termos de categorias

profissionais, pois as escalas referem-se a estudantes e, face à amostra do nosso estudo, pareceu-nos pertinente alterar para participantes (anexo A, anexo B, anexo C).

5.1. QUESTIONÁRIO DE CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL

Este questionário (apêndice A) foi construído para caracterizar os participantes e é maioritariamente composto por questões fechadas pois estas, uma vez que apresentam previamente definidas opções de resposta, tornam-se mais simples de utilizar tanto no seu preenchimento pelos respondentes, como na análise dos dados pelos investigadores, ao reduzir a ambiguidade das respostas (Fortin, 2009; Hernández Sampieri, Hernández Callado e Baptista Lucio, 2013). Houve, no entanto, necessidade de criar algumas questões abertas no que concerne à especificação das áreas de especialidade, à experiência profissional e às experiências anteriores em simulação.

Assim, o questionário incluiu variáveis quantitativas e qualitativas ordinais e nominais, que foram posteriormente tratadas considerando essas mesmas características.

5.2. ESCALA DE GANHOS PERCEBIDOS COM A SIMULAÇÃO DE ALTA-FIDELIDADE

A Escala de Ganhos Percebidos com a Simulação de Alta-Fidelidade (EGPSA) foi construída e validada em 2016 por Batista, Martins e Pereira, com o objetivo de constituir um instrumento capaz de avaliar os ganhos percebidos pelos estudantes de enfermagem com as práticas simuladas de alta fidelidade.

É composta por 26 itens em relação aos quais o respondente se posiciona numa escala tipo likert de 5 pontos: *fiquei pior, fiquei igual, melhorei pouco, melhorei consideravelmente, melhorei imenso.*

A escala possui um elevado potencial para utilização em investigação pois permite a avaliação de cada item individualmente e também o agrupamento dos itens em **cinco dimensões: reconhecimento e decisão, interventiva, teórico-prática, atitudinal e cognitiva.**

TABELA 1 - CONSISTÊNCIA INTERNA DA EGPSA NO ESTUDO ORIGINAL E NESTE ESTUDO

	Alfa original	Alfa de Cronbach ¹
Dimensão Reconhecimento e Decisão	0,927	0,838
Dimensão Interventiva	0,699	0,698
Dimensão Teórico-Prática	0,930	0,640
Dimensão Atitudinal	0,797	0,581
Dimensão Cognitiva	0,866	0,585
Geral	0,951	0,902

¹ com base em itens padronizados

A escala obteve, conforme o artigo original, elevada correlação de quase todos os itens com o total da escala, com um valor de alfa de 0,951. No nosso estudo, manteve o comportamento, apresentando um coeficiente de 0,902. Relativamente à confiabilidade dos cinco fatores ou dimensões, obtivemos consistência interna entre 0,581 e 0,838, valores discretamente inferiores aos verificados no artigo original, que variaram entre 0,699 e 0,930 (Batista, Martins e Pereira, 2016).

5.3. ESCALA DE AVALIAÇÃO DO *DEBRIEFING* ASSOCIADO À SIMULAÇÃO

A Escala de Avaliação do Debriefing associado à Simulação (EADaS) foi construída e validada em 2014 por Coutinho, Martins e Pereira com o objetivo de avaliar o *debriefing* associado à simulação.

O instrumento é composto por 34 itens de autopreenchimento em que o respondente se posiciona numa escala tipo likert de 5 pontos: *discordo completamente, discordo, nem concordo nem discordo, concordo, concordo completamente*.

Em termos de análise, os itens podem avaliar-se individualmente e agrupados em **três dimensões** resultantes da análise fatorial, que traduzem o **valor psicossocial**, o **valor cognitivo** e o **valor afetivo** do *debriefing* associado à simulação.

TABELA 2 - CONSISTÊNCIA INTERNA DA EADaS NO ESTUDO ORIGINAL E NESTE ESTUDO

	Alfa original	Alfa de Cronbach ¹
Dimensão Psicossocial	0,884	0,910
Dimensão Cognitiva	0,859	0,909
Dimensão Afetiva	0,889	0,814
Geral	0,899	0,875

¹ com base em itens padronizados

No geral, a escala obteve um valor de alfa de 0,875, mantendo, portanto, um comportamento semelhante ao verificado no artigo original (0,899). Na análise fatorial os valores do coeficiente mantiveram-se superiores a 0,800, ou seja, a escala revelou elevada consistência interna, pelo que se constitui como uma ferramenta com boas propriedades psicométricas para avaliar o valor atribuído ao *debriefing* associado à simulação em estudantes de enfermagem dos diversos graus de ensino (Coutinho, Martins e Pereira, 2014).

5.4. ESCALA DO *DESIGN* DA SIMULAÇÃO

A Escala do *Design* da Simulação (EDS) foi traduzida e validada para português por Almeida [et al.] (2015), e resulta de uma adaptação transcultural da original *Simulation Design Scale (Student version)*.

É composta por 20 itens agrupados em 5 fatores e avalia, paralelamente, as **práticas educativas** e a **importância** que cada item tem para o participante, por esse motivo, para tratamento e análise de dados e resultados, optámos por nomeá-la como EDS-PE quando nos referimos à componente de avaliação das práticas educativas, e EDS-IMP quando a referência é à componente que avalia a importância que o participante atribui ao item da escala. Ambas têm por base uma escala tipo Likert de 5 pontos. Para a EDS-PE as respostas variam entre *discordo totalmente da afirmação, discordo da afirmação, indeciso-nem*

concordo nem discordo da afirmação, concordo com a afirmação, e concordo totalmente com a afirmação. O respondente pode ainda assinalar *não aplicável*, caso a afirmação não se adeque à atividade simulada realizada. Na EDS-IMP a classificação entre *não é importante, um pouco importante, neutro, importante e muito importante.*

A escala permite compreender características específicas sobre a forma como cada formando assimila o cenário da simulação clínica e é, portanto, interessante o seu uso para a avaliação da estratégia formativa e posterior fortalecimento, pois só avaliando sistematicamente se pode almejar a melhoria contínua. Os autores referem que o instrumento pode ser aplicado a qualquer pessoa que frequente formação com base em simulação.

TABELA 3 - CONSISTÊNCIA INTERNA DA EDS NO ESTUDO ORIGINAL E NESTE ESTUDO

Dimensões	EDS-PE		EDS-IMP	
	Alfa original	Alfa de Cronbach ¹	Alfa original	Alfa de Cronbach ¹
Objetivos e Informações	0,85	0,893	0,87	0,978
Apoio	0,83	0,930	0,80	0,971
Resolução de Problemas	0,83	0,781	0,89	0,945
Feedback/ Reflexão	0,85	0,877	0,89	0,927
Realismo	0,88	0,910	0,94	1,000
Geral	0,93	0,938	0,83	0,980

¹ com base em itens padronizados

A adaptação transcultural deste instrumento obteve elevada consistência interna tanto na escala geral como nos 5 fatores (alfa superior a 0,800), no entanto, verificou-se uma fraca correlação entre a escala de avaliação das práticas educativas e a escala de importância do item (correlação de *Pearson* igual a 0,24) (Almeida [et al.], 2015). Neste estudo, verificámos que a consistência interna manteve o comportamento para a amostra em questão.

6. TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Para o tratamento de dados recorreremos a técnicas de estatística descritiva tendo em consideração os objetivos. Os dados recolhidos com os instrumentos foram codificados e

recodificados numa base de dados recorrendo ao software *IBM® SPSS® Statistics*, versão 26.

Verificamos a base de dados de forma a garantir a inexistência de casos duplicados, conforme recomenda Maroco (2011).

Calculamos as diferentes dimensões das escalas, seguindo as indicações dos autores dos instrumentos e verificamos a sua consistência interna para a amostra em tudo através do coeficiente alfa de *Cronbach*.

Para as variáveis nominais, recorremos à distribuição de frequências absolutas e relativas. Para as variáveis ordinais e de escala utilizamos medidas estatísticas descritiva, nomeadamente de tendência central (média, mediana e percentis) e de dispersão (desvio padrão, amplitude, mínimo e máximo) tendo em consideração as medidas adequadas às variáveis quanto à escala de medida.

TABELA 4 - AFERIÇÃO DA NORMALIDADE DA DISTRIBUIÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS

	Shapiro-Wilk		Coeficiente de assimetria
	Estatística	Sig.	
EGPSA	0,934	0,317	-0,054
EADaS	0,952	0,561	-0,230
EDS-PE	0,909	0,131	-0,857
EDS-IMP	0,683	0,000	

Realizámos o teste de *Shapiro-Wilk* para aferir a normalidade da distribuição dos resultados obtidos com cada uma das escalas e, uma vez que apenas se verificou normalidade de distribuição dos resultados obtidos com a EDS-IMP, procedemos à análise do coeficiente de assimetria para a EGPSA, EADaS e EDS-PE, cujos valores cumpriram os pressupostos para a utilização de testes paramétricos.

O nível de significância definido foi 0,05, que significa que “(...) o pesquisador tem 95% de segurança para generalizar em cometer um erro e apenas 5% contra.” (Hernández Sampieri, Hernández Callado e Baptista Lucio, 2013). É um dos níveis convencionados para uso em ciências sociais, conforme referem os mesmos autores e Fortin (1999).

Os dados recolhidos com os diferentes instrumentos foram tratados e serão adiante apresentados em tabelas. Para cada escala foi elaborada uma tabela com os dados provenientes da estatística descritiva seguida de uma tabela referente à análise da correlação

entre as dimensões das escalas. Posteriormente, analisámos também a correlação entre as diferentes escalas utilizadas.

Optámos pelo coeficiente de correlação de *Pearson*, uma vez que “é um teste estatístico utilizado para analisar a relação entre duas variáveis mensuradas num nível intervalar ou de razão.” (Hernández Sampieri, Hernández Callado e Baptista Lucio, 2013, p.326). Seguimos a proposta dos mesmos autores para a interpretação dos resultados obtidos:

QUADRO 1 - INTERPRETRAÇÃO DO COEFICIENTE DE PEARSON

(ADAPTADO DE HERNÁNDEZ SAMPIERI, HERNÁNDEZ CALLADO E BAPTISTA LUCIO, 2013)

Correlação negativa						0	Correlação positiva					
-1,00	-0,90	-0,75	-0,50	-0,25	-0,10	0	+0,10	+0,25	+0,50	+0,75	+0,90	+1,00
Perfeita	muito forte	considerável	média	fraca	muito fraca	inexistente	muito fraca	fraca	média	considerável	muito forte	perfeita

Por último, analisamos os dados obtidos à procura da existência de alguma diferença estatisticamente significativa entre os valores médios obtidos entre participantes do sexo feminino e masculino, entre participantes de diferente categoria profissional e entre participantes com e sem experiência anterior em simulação. Para isso, e considerando que os pressupostos para a utilização de testes paramétricos estavam assegurados, utilizamos o teste *t-student* para comparação de médias, pois “é um teste estatístico para avaliar se os grupos diferem entre si de maneira significante em relação às suas médias em uma variável.” (Hernández Sampieri, Hernández Callado e Baptista Lucio, 2013, p.333).

7. ASPETOS ÉTICOS

Independentemente da natureza de um estudo, a sua validade pressupõe o cumprimento de premissas ético-legais que assegurem o respeito pelo consentimento livre e esclarecido, o respeito pelos grupos vulneráveis, o respeito pela vida privada e pela confidencialidade dos dados pessoais, o respeito pela justiça e pela equidade, entre outros (Fortin, 2009).

Para garantir que este estudo cumpria os requisitos referidos, o mesmo foi previamente sujeito a um pedido de parecer e de autorização aos Conselhos de

Administração e de Ética para a Saúde da Unidade Local de Saúde onde decorreu o estudo. Obteve-se parecer favorável (anexo D).

O respeito pelo direito ao consentimento livre e esclarecido foi garantido pela elaboração de uma declaração de consentimento informado (apêndice B) que os participantes assinaram conjuntamente com o investigador principal, após a apresentação da natureza do estudo, dos seus objetivos e metodologia. Foi garantida a confidencialidade através da codificação dos documentos, conforme recomenda a literatura (Hulley [et al.], 2013; Hernández Sampieri, Hernández Callado e Baptista Lucio, 2013).

Importa ainda referir que, este trabalho, respeita também o regulamento de proteção de dados em vigor (Regulamento (UE) 2016/679).

Exposto o percurso metodológico que norteou o desenvolvimento deste estudo, segue-se a apresentação dos resultados obtidos através dos diferentes instrumentos.

CAPÍTULO III

APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O conhecimento deve ser partilhado e para o fazer é impreterível que o transformemos em matéria passível de interpretação pelo outro. Assim, neste capítulo, apresentamos a caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes, os resultados obtidos, assim como a sua análise e discussão.

1. CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DA AMOSTRA

Caraterizar a amostra permite-nos aferir as suas características e particularidades, ponto indispensável à discussão dos resultados.

Os dados aqui refletidos provêm do tratamento e análise do questionário construído para o efeito.

TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA QUANTO A SEXO, IDADE E PROFISSÃO

Profissão	Sexo				Amostra total		Idade (em anos)					
	F		M		Ni	fi(%)	\bar{X}	DP	Md	Amp.	Mín.	Máx.
	ni	fi(%)	ni	fi(%)	Ni	fi(%)						
Enfermeiro	3	42,9	4	57,1	7	46,7	39,28	10,13	38	28	30	58
Médico	6	75,0	2	25,0	8	53,3	28,25	1,67	28	5	26	31
Amostra total	9	60,0	6	40	15	100	33,40	8,82	30	32	26	58

F - feminino | M - masculino | \bar{X} - média | DP - desvio padrão | Md - Mediana | Amp.- amplitude | Mín. - mínimo | Máx. - máximo

A amostra foi composta maioritariamente por indivíduos do sexo feminino, representando 60%. O sexo masculino correspondeu a 40% da amostra. As categorias profissionais distribuíram-se de forma homogénea, representando os enfermeiros 46,7% (n=7) da amostra total e os médicos 53,3% (n=8). Na categoria profissional enfermeiro predominou o género masculino representando 57,1% (n=4). Entre os médicos foi mais prevalente o género feminino com 75% (n=6) da amostra.

A média de idade da amostra foi de $33,4 \pm 8,82$ sendo a idade mínima 26 anos e a máxima 58 anos. A média de idade dos enfermeiros foi de $39,28 \pm 10,13$, apresentando maior amplitude, entre os 30 e os 58 anos. Os médicos apresentavam idades entre os 26 e os 31 anos, com média de $28,25 \pm 1,67$. Pela análise da mediana, concluiu-se que 50% dos participantes tem idade igual ou inferior a 30 anos.

TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA QUANTO A PROFISSÃO, HABILITAÇÕES LITERÁRIAS E ESPECIALIZAÇÃO

	Enfermeiro		Médico		Total	
	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)
Grau acadêmico						
Licenciatura	5	71,4	0	0	5	33,3
Mestrado	2	28,6	8	100	10	66,7
Especialização						
Medicina Intensiva	n.a.	n.a.	2*	25		
Medicina Interna	n.a.	n.a.	6*	75		
Enfermagem Médico-cirúrgica	4	57,1	n.a.	n.a.		
Sem especialidade	3	42,9	n.a.	n.a.		

n.a. - não se aplica

No que diz respeito às habilitações literárias, 33,3% (n=5) dos indivíduos detinha o grau de licenciado e 66,7% (n=10) concluíram mestrado. Entre os enfermeiros, o grau mais comum foi o de licenciado, com 71,4%, seguido do grau de mestre para 28,6% dos enfermeiros participantes. Todos os médicos possuíam o grau de mestre. Relativamente à especialização, 57,1% dos enfermeiros eram especialistas em EMC e 42,9% dos enfermeiros não possuía especialização. Os médicos estavam todos em percurso de especialização, entre eles 75% a especializar-se em Medicina Interna e 25% em Medicina Intensiva.

TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA QUANTO AO TEMPO DE EXPERIÊNCIA POR PROFISSÃO

	n	\bar{x}	DP	Md	Mín.	Máx.	Percentis		
							25	50	75
Enfermeiro	7	17,09	9,53	16	6	34	9	16	22
Médico	8	3,14	1,19	3	1	7	1,5	3	4,13
Total	15	9,65	9,62	6	1	34	3	6	16

\bar{x} - média | DP - desvio padrão | Md - Mediana | Amp. - amplitude | Mín. - mínimo | Máx. - máximo

Relativamente à experiência profissional, verificou-se uma distribuição heterogénea da amostra que apresentou um valor médio de $9,65 \pm 9,62$ anos de experiência profissional, distribuindo-se entre um valor mínimo de um ano de experiência e um máximo de 34 anos. Analisando cada uma das categorias profissionais, constatou-se que o tempo médio de experiência profissional dos médicos era de $3,14 \pm 1,19$ anos, com mínimo de 1 ano e

máximo de 7 anos, e que o tempo médio de experiência profissional dos enfermeiros era de $17,09 \pm 9,53$, com mínimo de 6 anos e máximo de 34 anos de experiência profissional. Da análise dos percentis e dos valores de mediana, constatou-se que, entre os enfermeiros, 50% tem 16 ou mais anos de experiência, e entre os médicos, 50% tem 3 ou mais anos, até ao máximo de 7 anos de experiência.

TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA QUANTO À EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

	Departamento de Medicina Crítica			Outros Serviços		
	Enfermeiros	Médicos	Total	Enfermeiros	Médicos	Total
n	7	7	14	6	5	11
\bar{x}	13	1,27	6,74	4,67	3,00	3,91
DP	9,56	1,23	8,75	1,21	1,58	1,58
Mínimo	2	0	0	3	1	1
Máximo	29	3	29	6	5	6
Percentis 25	5,00	0,25	0,50	3,75	1,50	3,00
50	10,00	0,75	3,00	4,50	3,00	4,00
75	21,00	2,75	10,00	6,00	4,50	5,00

\bar{x} - média | DP - desvio padrão | Md - Mediana | Min. - mínimo | Máx. - máximo

Relativamente à experiência profissional em serviços do Departamento de Medicina Crítica (DMC), constatou-se que apenas um participante, médico, não tinha experiência no departamento. O tempo de exercício no departamento apresentou valor médio de $6,74 \pm 8,75$ anos, variando entre 0 e 29 anos. Classificando por profissão, os enfermeiros tinham entre 2 e 29 anos de experiência no DMC, com média de $13 \pm 9,56$ anos de experiência; os médicos variaram entre não possuir experiência e 3 anos de experiência com média de $1,27 \pm 1,23$ anos.

No que se refere à experiência noutros serviços que não os do DMC, 11 participantes referiram experiência, dos quais 6 enfermeiros e 5 médicos. A média situou-se nos $3,91 \pm 1,58$, com mínimo de 1 e máximo de 6 anos de experiência. No caso dos enfermeiros ($n=6$), o tempo de exercício noutros serviços oscilou entre os 3 e os 6 anos com valor médio de $4,67 \pm 1,21$ anos. Dos 5 médicos com experiência noutros serviços, o tempo de experiência variou entre 1 e 5 anos, com média de $3,00 \pm 1,58$ anos.

TABELA 9 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA QUANTO À EXPERIÊNCIA NO DMC

	Enfermeiros (n=7)		Médicos (n=8)		Total (n=15)	
	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)
Unidade de Cuidados Intensivos	2	28,57	4	50,00	6	40,00
Unidade de Cuidados Intermédios	5	71,42	0	0,00	5	33,33
Anestesiologia	0	0,00	1	12,50	1	6,67
Serviço de Urgência	3	42,86	8	100,00	11	73,37

Quanto à experiência no DMC, todos os médicos tinham experiência no SU, 4 referiram experiência em UCI e 1 em anestesiologia. Relativamente aos enfermeiros, a maioria (71,42%) tinha experiência em Cuidados intermédios, 2 referiram experiência em UCI e 3 em SU.

TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA QUANTO À EXPERIÊNCIA NOUTROS SERVIÇOS

	Enfermeiros (n=7)		Médicos (n=8)		Total (n=15)	
	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)
Medicina Interna	3	42,86	8	100,00	11	73,37
Unidade de Cuidados Continuados	1	14,29	0	0	1	6,67
Ginecologia	1	14,29	0	0	1	6,67
Gestão Clínica	1	14,29	0	0	1	6,67
Outros serviços	2	14,29	0	0	2	13,33

Relativamente à experiência fora do DMC, 73,37% da amostra referiu experiência em serviços de medicina interna, sendo esse o serviço onde a totalidade dos médicos possuía experiência. No caso dos enfermeiros, para além da experiência em medicina interna, também foi descrita experiência em UCC, ginecologia, gestão clínica e 2 enfermeiros referiram experiências noutros serviços não especificados.

TABELA 11 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA QUANTO À EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM CONTEXTO DE SIMULAÇÃO

			Tipo de experiência				
	não	sim	Em contexto académico	EMI-Sim edições prévias	Curso SAV	Curso de Iniciação à Simulação	Curso de Formadores em Simulação
Enfermeiros	0	7	3	0	5	2	0
Médicos	4	4	1	3	2	0	1
Total	4	11	4	3	7	2	1

Todos os enfermeiros participantes tinham experiência anterior em contexto de simulação. De entre essas experiências, 5 enfermeiros frequentaram curso SAV, 3 referiram experiência em contexto académico e 2 enfermeiros frequentaram o Curso de Iniciação à Simulação. Nenhum enfermeiro frequentou edições anteriores do produto pedagógico em estudo nem formação de formadores em simulação. Quanto aos médicos, metade (n=4) relatou experiências anteriores em contexto de simulação, sendo que 1 referiu experiência em contexto académico, 3 frequentaram o curso EMI-Sim em edições prévias, 2 frequentaram formação SAV e 1 possuía curso de formadores em simulação.

De entre os participantes com experiência anterior em simulação (n=11), a experiência referida por mais participantes (n=7) foi o Curso SAV. A experiência anterior em contexto académico foi referida por 3 enfermeiros e por 1 médico. Já a experiência associada a edições prévias do EMI-Sim foi descrita por 3 médicos, 2 enfermeiros frequentaram o Curso de Iniciação à Simulação e 1 médico frequentou o Curso de Formadores em Simulação.

2. RESULTADOS OBTIDOS COM AS ESCALAS

Para análise e apresentação dos resultados obtidos através das escalas optámos pela elaboração de tabelas onde se apresentam os valores de estatística descritiva seguidos da sua interpretação. Procedemos ainda à comparação de médias e ao cálculo de correlações entre os valores obtidos e parâmetros da caracterização sociodemográfica e profissional, de forma a analisar a existência de associação entre as variáveis sexo, profissão e experiência anterior em simulação e os valores obtidos em cada escala.

2.1. GANHOS PERCEBIDOS COM A SIMULAÇÃO

Da aplicação da EGPSA aos profissionais que constituíram a amostra, obtivemos os resultados expressos na tabela 12, relativamente aos diferentes itens e dimensões da escala, que nos permitiram avaliar os ganhos percebidos com a SAF.

TABELA 12 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA RELATIVA AOS ITENS E DIMENSÕES DA EGPSA

Item por dimensão (n=15)	\bar{x}	DP	Md	Amp.	Mín.	Máx.	Percentis		
							25	50	75
<i>Dimensão reconhecimento e decisão</i>	4,01	0,339							
Estabelecer um plano de acção em situação de urgência	4,13	0,640	4	2	3	5	4	4	5
Resolver problemas em ambientes complexos	3,93	0,594	4	2	3	5	4	4	4
Velocidade do raciocínio em ambientes complexos	3,87	0,640	4	2	3	5	3	4	4
Capacidade de liderança em situação de urgência	4,07	0,594	4	2	3	5	4	4	4
Pensar de forma disciplinada, estruturada	4,27	0,704	4	2	3	5	4	4	5
Capacidade de intervenção estruturada em situação de urgência	4,20	0,561	4	2	3	5	4	4	5
Demora a uma resposta efectiva em situação de urgência	3,93	0,594	4	2	3	5	4	4	4
Desenvolver intervenções relacionadas com a função neurológica	3,53	0,640	4	2	2	4	3	4	4
Avaliação do doente crítico	4,40	0,507	4	1	4	5	4	4	5
Impacto global na aprendizagem	4,33	0,488	4	1	4	5	4	4	5
Capacidade de mobilizar os conhecimentos	4,27	0,594	4	2	3	5	4	4	5
Desenvolver intervenções relacionadas com a ventilação	3,93	0,704	4	3	2	5	4	4	4
Capacidade para utilizar material e equipamentos específicos para urgência	3,47	0,640	4	2	2	4	3	4	4
Capacidades psicomotoras relacionadas com intervenções em urgência	3,80	0,414	4	1	3	4	4	4	4
<i>Dimensão Interventiva</i>	4,16	0,547							
Avaliar resultados das acções implementadas	4,27	0,704	4	2	3	5	4	4	5
Reconhecer sinais e sintomas de gravidade	4,53	0,640	5	2	3	5	4	5	5
Conhecimentos teóricos	3,67	0,724	4	2	3	5	3	4	4
<i>Dimensão Teórico-Prática</i>	3,84	0,562							
Reflexão sobre a acção	4,20	0,676	4	2	3	5	4	4	5
Autoconfiança	3,67	0,724	4	3	2	5	3	4	4
Utilização de equipamento específico para urgências	3,67	0,816	4	3	2	5	3	4	4
<i>Dimensão Atitudinal</i>	4,07	0,422							
Desenvolver intervenções relacionadas com a gestão da via aérea	4,00	0,535	4	2	3	5	4	4	4
Desenvolver intervenções relacionadas com a circulação	4,00	0,535	4	2	3	5	4	4	4
Autocrítica	4,20	0,676	4	2	3	5	4	4	5
<i>Dimensão Cognitiva</i>	4,20	0,394							
Capacidade para diagnosticar necessidades prioritárias	4,00	0,535	4	2	3	5	4	4	4
Definição de prioridades em situação de urgência	4,33	0,488	4	1	4	5	4	4	5
Tomada de decisões perante uma situação crítica	4,27	0,594	4	2	3	5	4	4	5
Valor total da escala	4,04	0,331	4,03	1,15	3,46	4,62	3,92	4,04	4,2

\bar{x} – média | DP – desvio padrão | Md – Mediana | Amp. – amplitude | Mín. – mínimo | Máx. - máximo

A dimensão **reconhecimento e decisão** obteve média de $4,01 \pm 0,339$, destacando-se os itens *avaliação do doente crítico* e *impacto global na aprendizagem* por apresentarem amplitude 1, posicionando-se os participantes entre *melhorei consideravelmente* e *melhorei imenso*. O item *avaliação do doente crítico* apresenta ainda o valor mais elevado de média entre os 26 itens da escala ($4,40 \pm 0,507$). O item *desenvolver intervenções relacionadas com a ventilação*, com média $3,93 \pm 0,704$, é o que apresenta maior amplitude de resultados, variando entre *fiquei igual* (2) e *melhorei imenso* (5); no entanto, analisando os percentis, verificamos que apenas 25% dos participantes referiu valores abaixo de 4 (*melhorei consideravelmente*). Nesta dimensão, os itens *desenvolver intervenções relacionadas com a função neurológica* e *capacidade para utilizar material e equipamentos específicos para urgência* obtiveram os valores de média mais baixos com valores significativos de desvio padrão que traduzem a variabilidade de resultados obtidos.

A dimensão **interventiva** obteve média $4,16 \pm 0,547$, oscilando os ganhos percebidos entre *melhorei pouco* (3) e *melhorei muito* (5). O item *reconhecer sinais e sintomas de gravidade* apresenta a média $4,53 \pm 0,64$ e é o item com média mais elevada em toda a escala. É também o único item cuja mediana é 5, ou seja, mais de 50% dos participantes referiu ter melhorado imenso neste parâmetro. Os *conhecimentos teóricos* são o item com média mais baixa ($3,67 \pm 0,724$) mas com desvio padrão elevado que traduz a distribuição assimétrica dos resultados obtidos.

A dimensão **teórico-prática** foi a dimensão com média mais baixa ($3,84 \pm 0,562$). Os valores obtidos variam entre *fiquei igual* (2) e *melhorei imenso* (5). O item com média mais elevada foi o correspondente à *reflexão sobre a acção* com $4,20 \pm 0,676$. Os três itens desta sub-escala apresentam mediana 4, ou seja, embora a média seja mais baixa, 50% dos participantes refere ter *melhorado consideravelmente* ou *melhorado imenso* na dimensão teórico-prática.

A dimensão **atitudinal** apresentou média $4,07 \pm 0,422$, com destaque para o item *autocrítica* com média de $4,20 \pm 0,676$ e 25% dos participantes a referirem terem melhorado imenso com a SAF.

Quanto à dimensão **cognitiva**, a média obtida foi $4,20 \pm 0,394$, distribuindo-se os valores entre *melhorei pouco* (3) e *melhorei imenso* (5). Destaca-se o item *definição de prioridades em situação de urgência* com média $4,33 \pm 0,488$ e variabilidade entre *melhorei consideravelmente* (4) e *melhorei imenso* (5).

No geral, os ganhos percebidos com a SAF variaram entre *fiquei igual* (2) e *melhorei muito* (5). Não foi atribuída a nenhum item a classificação *fiquei pior*. A média da escala no seu total é $4,04 \pm 0,331$. Tendo em atenção a mediana de 4,03 em associação com a distribuição dos percentis (P25: 9,92; P50: 4,04; P75: 4,20), podemos afirmar que a avaliação dos participantes dos ganhos percebidos com a SAF se centrou na classificação *melhorei consideravelmente*.

TABELA 13 - CORRELAÇÕES ENTRE AS 5 DIMENSÕES E O TOTAL DA EGPSA

		Dimensão reconhecimento e decisão	Dimensão interventiva	Dimensão Teórico-prática	Dimensão Atitudinal	Dimensão Cognitiva
Dimensão interventiva	Correlação de Pearson	0,552				
	Sig. (2 extremidades)	0,033				
Dimensão Teórico-prática	Correlação de Pearson	0,591	0,265			
	Sig. (2 extremidades)	0,020	0,340			
Dimensão Atitudinal	Correlação de Pearson	0,683	0,468	0,717		
	Sig. (2 extremidades)	0,005	0,079	0,003		
Dimensão Cognitiva	Correlação de Pearson	0,636	0,360	0,115	0,344	
	Sig. (2 extremidades)	0,011	0,187	0,684	0,210	
Total da escala	Correlação de Pearson	0,962	0,667	0,695	0,802	0,631
	Sig. (2 extremidades)	0,000	0,007	0,004	0,000	0,012

Sig. – nível de significância

Relativamente à correlação das dimensões com o **total da escala**, verificou-se correlação estatisticamente significativa positiva com todas as dimensões, sendo muito forte com a dimensão **reconhecimento e decisão** (0,962), considerável com a dimensão **atitudinal**, e média com as dimensões **interventiva** (0,667) e **cognitiva** (0,631). A dimensão **reconhecimento e decisão** apresentou, para além da correlação com o total da escala, correlação positiva média com as demais dimensões. A **dimensão teórico-prática** apresentou também correlação estatisticamente significativa positiva de intensidade média, com a dimensão **atitudinal**.

2.2. AVALIAÇÃO DO DEBRIEFING ASSOCIADO À SIMULAÇÃO

Através da aplicação da EADaS aos profissionais que constituíram a amostra, obtivemos os resultados expressos na tabela 14, relativamente aos diferentes itens e dimensões da escala, que nos permitiram avaliar a perceção dos formandos sobre o *debriefing* associado à simulação.

TABELA 14 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA RELATIVA AOS ITENS E DIMENSÕES DA EADaS

Item por dimensão (n=15)	\bar{x}	DP	Md	Amp.	Mín.	Máx.	Percentis		
							25	50	75
<i>Valor Psicossocial</i>	4,14	0,504	4,15	2	3	5	3,85	4,15	4,46
Estruturar o meu pensamento	4,67	0,488	5	1	4	5	4	5	5
Aprender mais	4,40	0,632	4	2	3	5	4	4	5
Me focar nos aspetos importantes da atuação	4,47	0,516	4	1	4	5	4	4	5
Refletir sobre as minhas competências	4,47	0,640	5	2	3	5	4	5	5
Identificar prioridades na atuação	4,67	0,488	5	1	4	5	4	5	5
Melhor identificar os recursos a utilizar na atuação	4,67	0,488	5	1	4	5	4	5	5
Aprofundar conhecimentos específicos relacionados com a atuação	4,20	0,775	4	3	2	5	4	4	5
Identificar aspetos que devo melhorar em atuações futuras	4,67	0,488	5	1	4	5	4	5	5
Desenvolver competências para a tomada de decisões acertadas	4,67	0,488	5	1	4	5	4	5	5
<i>Valor cognitivo</i>	4,54	0,426	4,56	1,33	3,67	5	4,33	4,56	5
Aumentar a minha auto-confiança	3,93	0,799	4	2	3	5	3	4	5
Desenvolver competências de liderança	4,27	0,594	4	2	3	5	4	4	5
Aumentar o potencial de trabalho em equipa	4,53	0,516	5	1	4	5	4	5	5
Eu me sentir realizado	3,67	1,047	4	4	1	5	3	4	4
Reforçar a minha iniciativa em situações futuras	4,40	0,632	4	2	3	5	4	4	5
Desenvolver a relação de ajuda	4,33	0,816	4	3	2	5	4	4	5
Reforçar a minha autonomia para atuar como profissional de saúde	4,47	0,516	4	1	4	5	4	4	5
Identificar dificuldades na minha atuação	4,60	0,507	5	1	4	5	4	5	5
Promover a auto-consciência (conhecer as próprias emoções)	4,40	0,632	4	2	3	5	4	4	5
Eu me sentir no centro do processo formativo	3,07	1,387	3	4	1	5	2	3	4
Melhorar a minha capacidade de gerir emoções	3,93	0,704	4	2	3	5	3	4	4
Eu sentir orgulho por ser capaz de executar muitas intervenções corretamente	4,00	0,756	4	2	3	5	3	4	5
Eu sentir que o formador tem interesse genuíno no meu desenvolvimento profissional	4,27	0,704	4	2	3	5	4	4	5
<i>Valor afetivo</i>	4,75	0,256	4,75	0,83	4,17	5	4,67	4,75	5
Me envergonhar frente aos colegas pelos meus erros	1,20	0,414	1	1	1	2	1	1	1
Me deixar muito ansioso/stressado	2,07	1,033	2	3	1	4	1	2	3
Me humilhar frente aos outros	1,00	0,000	1	0	1	1	1	1	1
Me deixar em pânico só de pensar em ter de atuar de novo numa situação semelhante	1,33	0,617	1	2	1	3	1	1	2
Criar conflitos no grupo	1,07	0,258	1	1	1	2	1	1	1
Não querer participar em mais nenhuma simulação	1,13	0,352	1	1	1	2	1	1	1
Eu me sentir incompreendido	1,13	0,352	1	1	1	2	1	1	1
Eu me sentir desrespeitado	1,07	0,258	1	1	1	2	1	1	1
Eu sentir que foi uma perda de tempo	1,07	0,258	1	1	1	2	1	1	1
Eu ter medo de atuar no futuro em situações semelhantes	1,40	0,507	1	1	1	2	1	1	2
Bloquear o meu raciocínio	1,27	0,458	1	1	1	2	1	1	2
Baralhar as minhas ideias a respeito da atuação	1,27	0,458	1	1	1	2	1	1	2
<i>Valor Global</i>	4,46	0,334	4,35	1,21	3,79	5	4,24	4,35	4,74

\bar{x} – média | DP – desvio padrão | Md – Mediana | Amp. – amplitude | Mín. – mínimo | Máx. - máximo

Relativamente ao **valor psicossocial** atribuído ao *debriefing*, a média obtida foi de $4,14 \pm 0,504$. As respostas dos participantes distribuíram-se num intervalo entre 3 (*nem concordo, nem discordo*) e 5 (*concordo completamente*). Da análise dos percentis depreendeu-se que mais de 50% dos participantes concordou com as afirmações. Entre os itens que compõem esta dimensão destacaram-se, *estruturar o meu pensamento, identificar prioridades na atuação, melhor identificar os recursos a utilizar na atuação, identificar aspetos que devo melhorar em atuações futuras e desenvolver competências para a tomada de decisões acertadas*, todos com média $4,67 \pm 0,488$. A concordância dos participantes foi superior a 75% em todos os itens. O valor de média mais baixo correspondeu ao item *aprofundar conhecimentos específicos relacionados com a atuação* ($4,20 \pm 0,775$), cujas respostas variaram entre *discordo* e *concordo completamente*.

O **valor cognitivo** foi avaliado com uma média de $4,54 \pm 0,426$, com mínimo de 3,67 e máximo de 5. O item com média mais elevada foi *identificar dificuldades na minha atuação* ($4,60 \pm 0,507$). Destacou-se também o item *aumentar o potencial de trabalho de equipa*, com média $4,53 \pm 0,516$, mediana 5 e amplitude 1, ou seja, com concordância da totalidade dos participantes. O item *eu me sentir no centro do processo formativo*, com média $3,07 \pm 1,387$ obteve grande variabilidade de respostas, abrangendo os dois extremos da escala.

Relativamente ao **valor afetivo**, os seus itens foram invertidos para o cálculo das dimensões e valor global mas, nas estatísticas para cada item, manteve-se o original pelo que, quanto mais baixos os valores obtidos, maior o valor afetivo atribuído ao *debriefing*. O seu valor médio foi de $4,75 \pm 0,256$, com mínimo de 4,17 e máximo de 5. Destacaram-se os itens *me humilhar frente aos outros*, com o qual todos os participantes discordam; e o item *me deixar muito ansioso/stressado*, com média $2,07 \pm 1,033$, traduzindo a variabilidade de respostas que oscilaram entre 1 (*discordo completamente*) e (*concordo*), sobre o qual a análise dos percentis destacou que 50% dos participantes manifestou discordância com a afirmação do item.

O **valor global** atribuído ao *debriefing* obteve média de $4,46 \pm 0,334$, com mínimo de 3,79 e máximo de 5.

TABELA 15 - CORRELAÇÕES ENTRE AS 3 DIMENSÕES E O TOTAL DA EADaS

		Valor psicossocial	Valor cognitivo	Valor afetivo
Valor Cognitivo	Correlação de Pearson	0,843		
	Sig. (2 extremidades)	0,000		
Valor Afetivo	Correlação de Pearson	0,312	0,303	
	Sig. (2 extremidades)	0,257	0,272	
Total escala	Correlação de Pearson	0,946	0,906	0,553
	Sig. (2 extremidades)	0,000	0,000	0,033

Sig. – nível de significância

No que se refere à correlação das dimensões com o global da escala, verificou-se correlação estatisticamente significativa positiva de todas as dimensões com o **global da escala**, sendo muito forte com as dimensões valor **psicossocial** (0,946) e valor **cognitivo** (0,906) e de intensidade média com a dimensão valor **afetivo** (0,553). Verificou-se ainda a existência de uma correlação positiva considerável entre as dimensões **valor cognitivo** e **valor psicossocial** (0,843).

2.3. AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS

Aplicando a EDS-PE aos profissionais que constituíram a amostra, obtivemos os resultados expressos na tabela 16, relativamente aos diferentes itens e fatores da escala, que nos permitiram avaliar a perceção dos formandos relativamente às práticas educativas aplicadas no EMI-Sim.

TABELA 16 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA PARA OS ITENS E FATORES DA EDS - PE

Item por fator (n=15)	\bar{x}	DP	Md	Amp.	Mín.	Máx.	Percentil		
							25	50	75
<i>Fator Objetivos e Informações</i>	4,61	0,456	4,8	1,40	3,60	5	4,2	4,8	5
No início da simulação foi fornecida informação suficiente para proporcionar orientação e incentivo.	4,60	0,507	5	1	4	5	4	5	5
Eu entendi claramente a finalidade e os objetivos da simulação.	4,73	0,594	5	2	3	5	5	5	5
A simulação forneceu informação suficiente, de forma clara, para eu resolver a situação-problema.	4,47	0,640	5	2	3	5	4	5	5
Foi-me fornecida informação suficiente durante a simulação.	4,60	0,507	5	1	4	5	4	5	5
As pistas foram adequadas e direcionadas para promover a minha compreensão.	4,67	0,488	5	1	4	5	4	5	5
<i>Fator Apoio</i>	4,62	0,525	5	1,50	3,50	5	4	5	5
O apoio foi oferecido em tempo oportuno.	4,60	0,507	5	1	4	5	4	5	5
A minha necessidade de ajuda foi reconhecida.	4,67	0,488	5	1	4	5	4	5	5
Eu senti-me apoiado pelo formador durante a simulação.	4,53	0,834	5	3	2	5	4	5	5
Eu fui apoiado no processo de aprendizagem.	4,67	0,488	5	1	4	5	4	5	5
<i>Fator Resolução de Problemas</i>	4,45	0,403	4,4	1	4	5	4	4,4	4,8
A resolução de problemas de forma autónoma foi facilitada.	4,47	0,516	4	1	4	5	4	4	5
Fui incentivado a explorar todas as possibilidades da simulação.	4,47	0,516	4	1	4	5	4	4	5
A simulação foi projetada para o meu nível específico de conhecimento e habilidades.	4,33	0,724	4	2	3	5	4	4	5
A simulação permitiu-me a oportunidade de priorizar as avaliações e os cuidados de saúde.	4,53	0,516	5	1	4	5	4	5	5
A simulação proporcionou-me uma oportunidade de estabelecer objetivos para o meu paciente.	4,47	0,516	4	1	4	5	4	4	5
<i>Fator Feedback/ Reflexão</i>	4,58	0,488	4,75	1,25	3,75	5	4	4,8	5
O feedback fornecido foi construtivo.	4,67	0,617	5	2	3	5	4	5	5
O feedback foi fornecido em tempo oportuno.	4,60	0,507	5	1	4	5	4	5	5
A simulação permitiu-me analisar meu próprio comportamento e ações.	4,53	0,640	5	2	3	5	4	5	5
Após a simulação houve oportunidade para obter orientação / feedback do formador, a fim de construir conhecimento para outro nível.	4,53	0,516	5	1	4	5	4	5	5
<i>Fator Realismo</i>	4,43	0,704	5	2	3	5	4	5	5
O cenário assemelhava-se a uma situação da vida real.	4,40	0,828	5	2	3	5	4	5	5
Fatores, situações e variáveis da vida real foram incorporados ao cenário de simulação.	4,47	0,640	5	2	3	5	4	5	5
<i>Total da escala</i>	4,55	0,385	4,53	1,16	3,84	5	4,37	4,53	4,95

\bar{x} – média | DP – desvio padrão | Md – Mediana | Amp. – amplitude | Mín. – mínimo | Máx. - máximo

O fator **objetivos e informações** obteve uma média de $4,61 \pm 0,465$, com mediana de 4,80, traduzindo que a maioria dos participantes concorda com os itens que compõe este fator. O item com valor de média mais elevado foi ***entendi claramente os objetivos da simulação*** ($4,73 \pm 0,594$); na análise da distribuição por percentis verificámos que apenas 25% dos respondentes optaram por um valor na escala de Likert inferior a 5 (*concordo totalmente com a afirmação*), no entanto, as medidas de variabilidade demonstraram uma amplitude de 2, oscilando entre 3 (*indeciso – não concordo nem discordo da afirmação*) e 5 (*concordo totalmente com a afirmação*).

O fator **apoio** apresentou valor de média $4,62 \pm 0,525$ e a distribuição dos percentis traduziu que apenas 25% dos participantes se posicionou abaixo de 4 (*concordo com a afirmação*). Os itens apresentaram médias semelhantes, destacando-se o item ***eu senti-me apoiado pelo formador durante a simulação*** que, apesar da média elevada (4,53) apresentou um desvio padrão também elevado (0,834), que reflete a variabilidade de respostas: a amplitude foi de 3, com os participantes a posicionarem-se entre 2 (*discordo da afirmação*) e 5 (*concordo totalmente com a afirmação*).

Relativamente ao fator **resolução de problemas**, a média obtida foi muito próxima da mediana ($4,45 \pm 0,403 / 4,4$), resultando da curta amplitude de distribuição das respostas, entre 4 (*concordo com a afirmação*) e 5 (*concordo totalmente com a afirmação*). Entre os itens que compõem este fator, destacou-se o item ***a simulação permitiu-me a oportunidade de priorizar as avaliações e os cuidados de saúde*** que obteve uma média de $4,53 \pm 0,516$ e mediana 5, revelando que mais de 50% dos participantes concorda totalmente com a afirmação do item; de salientar também a curta amplitude (1) resultante da variação de respostas entre 4 (*concordo com a afirmação*) e 5 (*concordo totalmente com a afirmação*). Destaque também para o item ***a simulação foi projetada para o meu nível específico de conhecimento e habilidades***, cuja mediana foi de 4, inferior à média ($4,33 \pm 0,724$), com os participantes posicionando-se entre 3 (*indeciso – nem concordo nem discordo da afirmação*) e 5 (*concordo totalmente com a afirmação*).

No fator **feedback/reflexão**, a média obtida foi de $4,58 \pm 0,488$ com valor mínimo de 3,75 e máximo de 5. Destacou-se o item ***o feedback fornecido foi construtivo*** com média $4,67 \pm 0,617$ embora a amplitude de resultados posicione as respostas entre 3 (*indeciso – nem concordo nem discordo da afirmação*) e 5 (*concordo totalmente com a afirmação*). Nos demais itens os resultados variaram entre 4 (*concordo com a afirmação*) e 5 (*concordo totalmente com a afirmação*).

O fator **realismo** obteve o valor de média mais baixo ($4,43 \pm 0,704$), com mínimo 3 (*indeciso – nem concordo nem discordo da afirmação*) e máximo 5 (*concordo totalmente com a afirmação*). Da análise dos percentis, verificou-se que mais de 50% dos participantes assinalou *concordo totalmente com a afirmação*.

Quanto ao **total da escala relativamente à avaliação das práticas educativas**, a média foi de $4,55 \pm 0,385$, muito próxima da mediana (4,53) o que traduz a baixa variabilidade dos resultados globais obtidos.

TABELA 17 - CORRELAÇÃO ENTRE OS 5 FATORES E O TOTAL DA EDS-PE

		Objetivos e informações	Apoio	Resolução de problemas	Feedback/reflexão	Realismo
Apoio	Correlação de Pearson	0,515				
	Sig. (2 extremidades)	0,05				
Resolução de problemas	Correlação de Pearson	0,632	0,255			
	Sig. (2 extremidades)	0,011	0,359			
Feedback/reflexão	Correlação de Pearson	0,700	0,325	0,811		
	Sig. (2 extremidades)	0,004	0,237	0,000		
Realismo	Correlação de Pearson	0,692	0,313	0,492	0,407	
	Sig. (2 extremidades)	0,004	0,257	0,063	0,132	
Total da escala	Correlação de Pearson	0,910	0,658	0,794	0,828	0,709
	Sig. (2 extremidades)	0	0,008	0,000	0,000	0,003

Sig. – nível de significância

O **total da EDS-PE** apresentou correlação estatisticamente significativa, positiva, com os cinco fatores, sendo muito forte com o fator **objetivos e informações**, considerável com os fatores **resolução de problemas** e **feedback/reflexão** e média com o fator **apoio**. O fator **objetivos e informações** apresentou correlação estatisticamente significativa, positiva, de intensidade média, com os demais fatores. Verificou-se ainda a existência de correlação estatisticamente significativa, positiva e de intensidade considerável, entre os fatores **resolução de problemas** e **feedback/reflexão**.

2.4. IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA AO DESIGN DA SIMULAÇÃO

Aplicando a EDS-IMP aos profissionais que constituíram a amostra, obtivemos os resultados expressos na tabela 18, relativamente aos diferentes itens e fatores da escala, que nos permitiram avaliar a importância atribuída pelos formandos às práticas educativas aplicadas no EMI-Sim.

TABELA 18 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA PARA OS ITENS E FATORES DA EDS-IMP

Item por fator (n=15)	\bar{x}	DP	Md	Amp.	Mín.	Máx.	Percentil		
							25	50	75
<i>Fator Objetivos e Informações</i>	4,76	0,422	5	1	4	5	4,40	5	5
No início da simulação foi fornecida informação suficiente para proporcionar orientação e incentivo.	4,73	0,458	5	1	4	5	4	5	5
Eu entendi claramente a finalidade e os objetivos da simulação.	4,80	0,414	5	1	4	5	5	5	5
A simulação forneceu informação suficiente, de forma clara, para eu resolver a situação-problema.	4,80	0,414	5	1	4	5	5	5	5
Foi-me fornecida informação suficiente durante a simulação.	4,73	0,458	5	1	4	5	4	5	5
As pistas foram adequadas e direcionadas para promover a minha compreensão.	4,73	0,458	5	1	4	5	4	5	5
<i>Fator Apoio</i>	4,67	0,523	5	1,50	3,50	5	4	5	5
O apoio foi oferecido em tempo oportuno.	4,60	0,632	5	2	3	5	4	5	5
A minha necessidade de ajuda foi reconhecida.	4,60	0,632	5	2	3	5	4	5	5
Eu senti-me apoiado pelo formador durante a simulação.	4,73	0,458	5	1	4	5	4	5	5
Eu fui apoiado no processo de aprendizagem.	4,73	0,458	5	1	4	5	4	5	5
<i>Fator Resolução de Problemas</i>	4,64	0,557	5	1,80	3,20	5	4,20	5	5
A resolução de problemas de forma autónoma foi facilitada.	4,67	0,617	5	2	3	5	4	5	5
Fui incentivado a explorar todas as possibilidades da simulação.	4,60	0,632	5	2	3	5	4	5	5
A simulação foi projetada para o meu nível específico de conhecimento e habilidades.	4,53	0,743	5	2	3	5	4	5	5
A simulação permitiu-me a oportunidade de priorizar as avaliações e os cuidados de saúde.	4,73	0,458	5	1	4	5	4	5	5
A simulação proporcionou-me uma oportunidade de estabelecer objetivos para o meu paciente.	4,67	0,617	5	2	3	5	4	5	5
<i>Fator Feedback/ Reflexão</i>	4,72	0,508	5	1,50	3,50	5	4,25	5	5
O feedback fornecido foi construtivo.	4,80	0,414	5	1	4	5	5	5	5
O feedback foi fornecido em tempo oportuno.	4,67	0,617	5	2	3	5	4	5	5
A simulação permitiu-me analisar meu próprio comportamento e ações.	4,73	0,594	5	2	3	5	5	5	5
Após a simulação houve oportunidade para obter orientação / feedback do formador, a fim de construir conhecimento para outro nível.	4,67	0,617	5	2	3	5	4	5	5
<i>Fator Realismo</i>	4,73	0,594	5	2	3	5	5	5	5
O cenário assemelhava-se a uma situação da vida real.	4,73	0,594	5	2	3	5	5	5	5
Fatores, situações e variáveis da vida real foram incorporados ao cenário de simulação.	4,73	0,594	5	2	3	5	5	5	5
<i>Total da escala</i>	4,70	0,460	5	1,20	3,80	5	4,25	5	5

\bar{x} – média | DP – desvio padrão | Md – Mediana | Amp. – amplitude | Mín. – mínimo | Máx. - máximo

No fator **objetivos e apoio**, com média $4,76 \pm 0,422$, a amplitude de respostas indicou que todos os participantes atribuíram as classificações *importante* ou *muito importante* aos itens que o compõe. Destacaram-se os itens *eu entendi claramente a finalidade e os objetivos da simulação* e *a simulação forneceu informação suficiente, de forma clara, para eu resolver a situação-problema*, com valores de média $4,80 \pm 0,414$ e a análise dos percentis a indicar que 75% dos participantes os classificou como muito importante.

No fator **apoio**, com valor de média $4,67 \pm 0,523$, destacam-se os itens *eu senti-me apoiado pelo formador durante a simulação* e *eu fui apoiado no processo de aprendizagem*, ambos com média $4,73 \pm 0,458$, variando as respostas entre *importante* e *muito importante*. Nos itens *o apoio foi fornecido em tempo oportuno* e *a minha necessidade de ajuda foi reconhecida*, obteve-se maior amplitude de respostas com variação entre *neutro* e *muito importante*; no entanto, da análise dos percentis e dos valores de mediana, verificou-se que a maioria dos participantes avaliou os itens como *importante* ou *muito importante*.

No fator **resolução de problemas**, com média $4,64 \pm 0,557$, destacou-se o item *a simulação permitiu-me a oportunidade de priorizar as avaliações e os cuidados de saúde* apresentando o valor de média mais elevado neste fator ($4,73 \pm 0,458$), com todos os participantes a atribuírem importância ao item. Ao item *a simulação foi projetada para o meu nível específico de conhecimentos e habilidades* corresponde o valor de média mais baixo de todos os itens que compõem a escala ($4,53 \pm 0,743$), oscilando as respostas entre *neutro* e *muito importante*.

O fator **feedback/reflexão** obteve média com valor de $4,72 \pm 0,508$, com destaque para o item *o feedback fornecido foi construtivo* ($4,80 \pm 0,414$) cuja amplitude mostrou de todos os participantes lhe atribuíram importância, avaliando como *importante* ou *muito importante*.

Quanto ao fator **realismo**, com valor de média de $4,73 \pm 0,594$, apresentou a mesma média para os seus dois itens, variando as respostas entre *neutro* e *muito importante*. Da análise dos percentis, verificou-se que 75% dos participantes consideraram os itens *o cenário assemelhava-se a uma situação da vida real* e *fatores, situações e variáveis da vida real foram incorporados ao cenário da simulação* como *muito importante*.

No **total da escala**, a EDS-IMP obteve $4,70 \pm 0,460$ de média. Nenhum dos itens foi classificado como *não importante* ou *um pouco importante*, variando as respostas entre

neutro e muito importante. Na análise dos percentis verificou-se que 75% dos participantes atribuiu importância aos itens da escala.

TABELA 19 - CORRELAÇÃO ENTRE OS 5 FATORES E O TOTAL DA EDS-IMP

		Objetivos e informações	Apoio	Resolução de problemas	Feedback/reflexão	Realismo
Apoio	Correlação de Pearson	0,938				
	Sig. (2 extremidades)	0,000				
Resolução de problemas	Correlação de Pearson	0,725	0,858			
	Sig. (2 extremidades)	0,002	0,000			
Feedback/reflexão	Correlação de Pearson	0,876	0,896	0,915		
	Sig. (2 extremidades)	0,000	0,000	0,000		
Realismo	Correlação de Pearson	0,581	0,613	0,337	0,442	
	Sig. (2 extremidades)	0,023	0,015	0,219	0,099	
Total da escala	Correlação de Pearson	0,930	0,979	0,909	0,959	0,601
	Sig. (2 extremidades)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,018

Sig. – nível de significância

A EDS-IMP apresentou correlação estatisticamente significativa, positiva, do total da escala com os cinco fatores, sendo muito forte para os fatores **objetivos e informação, apoio, resolução de problemas e feedback/reflexão**, e de intensidade média com o fator **realismo**. O fator **objetivos e informações**, para além da correlação com o total da escala, apresentou correlação positiva com os demais fatores, sendo de intensidade muito forte, com o fator **apoio**, de intensidade considerável com o fator **feedback/reflexão**, e de intensidade média com o fator **realismo**. O fator **apoio** apresentou também correlação estatisticamente significativa, positiva, de intensidade considerável com o fator **feedback/reflexão**, e de intensidade média com o fator **realismo**. Verificou-se também a existência de correlação positiva e muito forte entre os fatores **resolução de problemas e feedback/reflexão**.

2.5. ANÁLISE DO COEFICIENTE DE CORRELAÇÃO ENTRE ESCALAS

De forma a analisar a relação entre as diferentes variáveis mensuradas, procedemos à análise do coeficiente de correlação de *Pearson*.

2.5.1. CORRELAÇÃO ENTRE AS PRÁTICAS EDUCATIVAS E A IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA

Estas escalas advêm do mesmo instrumento, a EDS. Os autores sugerem que se calcule e analise o coeficiente de correlação de *Pearson* para avaliar a correlação entre as duas escalas.

TABELA 20 - CORRELAÇÃO ENTRE A EDS-PE E A EDS-IMP

	sig. (2 extremidades)	Correlação de Pearson
Objetivos e informações	0,006	0,670
Apoio	0,053	0,509
Resolução de problemas	0,012	0,626
Feedback/reflexão	0	0,877
Realismo	0,079	0,467
Total da escala	0,001	0,745

Relativamente à correlação de cada fator entre a EDS-PE e a EDS-IMP, ou seja, entre a avaliação das práticas educativas e a importância que os participantes atribuíram aos itens que compõem esse fator, verificou-se que existe correlação estatisticamente significativa, positiva e de intensidade média, entre os valores de **total da escala**. Quanto aos fatores, verificou-se a existência de correlação positiva de intensidade média entre a avaliação e a importância atribuída ao fator **objetivos e informações** e ao fator **resolução de problemas**. Quanto ao fator **feedback/reflexão**, a correlação verificada foi positiva e de intensidade considerável. Não se verificou correlação estatisticamente significativa entre a avaliação e a importância atribuída aos fatores **apoio** e **realismo**.

2.5.2. CORRELAÇÃO ENTRE AS QUATRO ESCALAS

Analisando a correlação entre as escalas (classificações médias totais em cada uma delas), verificou-se a existência de **correlação estatisticamente significativa, positiva**, de intensidade **média** entre todas as escalas, exceto a EDS-IMP que apenas apresenta, conforme já foi descrito, correlação com a EDS-PE.

TABELA 21 - CORRELAÇÃO ENTRE AS ESCALAS (VALORES TOTAIS)

		EDS-PE	EDS-IMP	EGPSA
EDS-IMP	Correlação de Pearson	0,745		
	Sig. (2 extremidades)	0,001		
	n	15		
EGPSA	Correlação de Pearson	0,657	0,444	
	Sig. (2 extremidades)	0,008	0,097	
	n	15	15	
EADaS	Correlação de Pearson	0,636	0,653	0,560
	Sig. (2 extremidades)	0,011	0,008	0,030
	n	15	15	15

2.6. COMPARAÇÃO DE MÉDIAS ENTRE GRUPOS

Chegados a este ponto, considerando os resultados obtidos, surge a questão colocada por Hernández Sampieri, Hernández Callado e Baptista Lucio (2013, p.320): “Será que podemos estabelecer relações entre variáveis?”. Face aos resultados, entendemos pertinente avaliar a existência de correlações entre as variáveis dependentes (as escalas) e as variáveis independentes sexo, profissão e existência de experiência anterior em simulação.

TABELA 22 - COMPARAÇÃO DE MÉDIAS ENTRE PARTICIPANTES DO SEXO FEMININO E MASCULINO

	Teste de Levene		Teste-t para Igualdade de Médias						
	Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Estatística do teste padrão de diferença	95% IC da Diferença	
								Inf.	Sup.
EGPSA									
Variâncias iguais assumidas	1,756	0,208	1,379	13,000	0,191	0,233	0,169	-0,132	0,598
Variâncias iguais não assumidas			1,524	12,947	0,152	0,233	0,153	-0,097	0,563
EADaS									
Variâncias iguais assumidas	1,059	0,322	0,018	13,000	0,986	0,003	0,183	-0,392	0,398
Variâncias iguais não assumidas			0,019	12,925	0,985	0,003	0,170	-0,364	0,370
EDS-PE									
Variâncias iguais assumidas	0,993	0,337	0,293	13,000	0,774	0,061	0,210	-0,392	0,514
Variâncias iguais não assumidas			0,312	12,793	0,760	0,061	0,197	-0,364	0,487
EDS-IMP									
Variâncias iguais assumidas	1,871	0,195	-0,501	13,000	0,624	-0,125	0,249	-0,664	0,414
Variâncias iguais não assumidas			-0,529	12,596	0,606	-0,125	0,236	-0,637	0,387

Da análise do teste de *Levene*, verificámos que não há homogeneidade de variância dos resultados obtidos com as quatro escalas. Analisando o teste t, constatámos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os valores médios obtidos na EGPSA, EADaS, EDS-PE e EDS-IMP por participantes do sexo masculino e feminino.

TABELA 23 - COMPARAÇÃO DE MÉDIAS ENTRE ENFERMEIROS E MÉDICOS

	Teste de Levene		Teste-t para Igualdade de Médias						
	Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Estatística do teste padrão de diferença	95% IC da Diferença	
								Inf.	Sup.
EGPSA									
Variâncias iguais assumidas	0,224	0,644	1,276	13,000	0,224	0,213	0,167	-0,148	0,575
Variâncias iguais não assumidas			1,297	12,908	0,217	0,213	0,165	-0,142	0,569
EADaS									
Variâncias iguais assumidas	0,015	0,904	3,701	13,000	0,003	0,464	0,125	0,193	0,734
Variâncias iguais não assumidas			3,742	12,999	0,002	0,464	0,124	0,196	0,732
EDS-PE									
Variâncias iguais assumidas	1,527	0,238	2,647	13,000	0,020	0,441	0,167	0,081	0,801
Variâncias iguais não assumidas			2,731	11,886	0,018	0,441	0,161	0,089	0,793
EDS-IMP									
Variâncias iguais assumidas	54,558	0,000	2,230	13,000	0,044	0,469	0,210	0,015	0,923
Variâncias iguais não assumidas			2,381	7,672	0,046	0,469	0,197	0,011	0,926

Verificou-se a existência de diferença estatisticamente significativa entre as médias obtidas por enfermeiros e médicos na EADaS, EDS-PE e EDS-IMP, pelo que importa analisar os valores atribuídos ao *debriefing* e ao *design* da simulação por cada profissão.

TABELA 24 – VALORES MÉDIOS POR PROFISSÃO

	Profissão	n	\bar{x}	DP
EADaS	Enfermeiro	7	4,71	0,22
	Médico	8	4,25	0,26
EDS-PE	Enfermeiro	7	4,79	0,24
	Médico	8	4,35	0,38
EDS-IMP	Enfermeiro	7	4,95	0,11
	Médico	8	4,48	0,54

Relativamente à avaliação do *debriefing*, os enfermeiros atribuíram um valor médio de $4,71 \pm 0,223$ comparativamente aos médicos que avaliaram o *debriefing* com um valor médio de $4,25 \pm 0,25$. Na avaliação das práticas educativas através da EDS, os enfermeiros avaliaram as práticas com um valor médio de $4,79 \pm 0,237$ e os médicos com $4,35 \pm 0,380$. A importância atribuída aos itens da EDS foi maior entre os enfermeiros, média $4,95 \pm 0,112$ e $4,48 \pm 0,112$.

TABELA 25 - COMPARAÇÃO DE MÉDIAS ENTRE PARTICIPANTES COM E SEM EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM SIMULAÇÃO

	Teste de Levene		Teste-t para Igualdade de Médias						
	Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Estatística do teste padrão de diferença	95% IC da Diferença	
								Inf.	Sup.
EGPSA									
Variâncias iguais assumidas	1,881	0,193	-1,918	13,000	0,077	-0,339	0,177	-0,721	0,043
Variâncias iguais não assumidas			-1,627	4,182	0,176	-0,339	0,208	-0,908	0,230
EADaS									
Variâncias iguais assumidas	5,545	0,035	-1,560	13,000	0,143	-0,290	0,186	-0,692	0,112
Variâncias iguais não assumidas			-2,489	12,331	0,028	-0,290	0,117	-0,543	-0,037
EDS-PE									
Variâncias iguais assumidas	1,347	0,267	-1,231	13,000	0,240	-0,272	0,221	-0,748	0,205
Variâncias iguais não assumidas			-1,574	9,498	0,148	-0,272	0,173	-0,659	0,116
EDS-IMP									
Variâncias iguais assumidas	0,292	0,598	-0,122	13,000	0,905	-0,034	0,279	-0,636	0,568
Variâncias iguais não assumidas			-0,106	4,304	0,920	-0,034	0,321	-0,902	0,834

Relativamente à comparação de médias obtidas entre participantes com e sem experiência anterior em simulação, não se verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas.

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Pretendemos agora discutir e interpretar os resultados obtidos, considerando simultaneamente os objetivos do estudo e a evidência existente sobre o tema, confrontando e comparando os resultados do nosso estudo com outros que surgiram da revisão integrativa da literatura e apresentando ainda a nossa reflexão.

O rigor ético e metodológico pautou este estudo e, portanto, tratando-se de um estudo transversal descritivo, de natureza quantitativa, com uma amostragem não probabilística obtida por conveniência, a generalização e extrapolação dos resultados obtidos carece de especial cuidado. Embora não exista garantia da representatividade, fruto das opções metodológicas tomadas, a amostra apresentou algumas características sociodemográficas e profissionais que importa discutir.

Com 60% de participantes do sexo feminino e 40% do sexo masculino, a amostra foi composta por 7 enfermeiros e 6 médicos, indo de encontro ao preconizado na memória descritiva do EMI-Sim, onde se lê que “idealmente nenhum dos grupos profissionais poderá ter mais de 60%.” (ULSAM, 2020, p.2).

Quanto à profissão enfermeiro, representada por 4 indivíduos do sexo masculino e 3 do feminino, a idade média dos participantes foi de $39,29 \pm 10,13$, que correspondeu ao grupo mais prevalente na profissão, com 14073 membros ativos inscritos na OE (Ordem dos Enfermeiros, 2021, p.2). Na amostra deste estudo, a distribuição por sexo foi mais homogénea do que a verificada no universo de enfermeiros no anuário estatístico de 2020, em que, no distrito de Viana do Castelo, 83,1% eram do sexo feminino e 16,9% do masculino. O grau académico com mais prevalência entre os enfermeiros incluídos neste estudo foi o de licenciado (71,4%) seguido do grau de mestre (28,6%) o que traduz o investimento destes profissionais na sua formação pois, pela distribuição por idade pudemos inferir que alguns profissionais poderiam estar a exercer apenas com o grau de bacharel. Entre os enfermeiros, 57,1% (n=4) referiram ser especialistas em EMC; analisando os dados disponíveis para o distrito sobre o número de EEMC verificámos que representavam 5,1% dos profissionais, ou seja, esta amostra não é representativa do universo de enfermeiros do distrito de onde foi extraída. A amostra não incluiu enfermeiros com outras especialidades, talvez porque a EEMC seja a especialidade com maior afinidade para o cuidar da pessoa em situação crítica, embora haja, obviamente, necessidade de cuidados especializados em outras áreas.

Quanto aos médicos, a amostra foi composta por 6 indivíduos do sexo masculino e 2 do feminino, com o valor de média da idade situado em $28,25 \pm 1,67$ anos, que correspondeu ao grupo etário com mais elementos no distrito de Viana do Castelo, 225 médicos, representando 24% dos médicos em funções no distrito (Ordem dos Médicos, 2020). Todos os médicos participantes no estudo possuíam o grau de mestre, o que se explica pelo facto de serem médicos jovens, cujo ciclo de estudos foi já um mestrado integrado em medicina. Relativamente à especialização, todos estavam em processo de especialização, 2 em medicina intensiva e 6 em medicina interna, duas especialidades com forte ligação ao doente crítico.

Relativamente à experiência profissional, os valores de média e desvio padrão obtidos, $9,65 \pm 9,62$, traduzem a grande dispersão da amostra e a heterogeneidade do grupo em termos de experiência profissional. No entanto, os ganhos percebidos, a avaliação do *debriefing* e a avaliação das práticas educativas e da importância dos itens de design da simulação, obtiveram valores elevados, pelo que se pode depreender que a simulação é uma estratégia formativa capaz de combinar num mesmo momento, indivíduos com diferentes níveis de desempenho. Entre os enfermeiros, a experiência profissional oscilou entre os 6 e os 34 anos, com 50% dos participantes com 16 ou mais anos de experiência. Estivemos, portanto, perante um grupo de enfermeiros experiente, cujo juízo crítico e pensamento reflexivo deverão já estar aprimorados. Os médicos apresentavam experiência profissional entre 1 e 7 anos, com 50% dos participantes com mais de 3 anos de experiência, daí estarem ainda em percurso de especialização.

A simulação é uma área em crescimento, com importância reconhecida na formação, quer de enfermeiros quer de médicos. Com este estudo pretendemos contribuir para essa afirmação da simulação enquanto estratégia pedagógica de formação contínua interprofissional.

Com a análise dos dados obtidos com a EGPSA, verificámos que os participantes consideraram, em média, melhorar consideravelmente nos itens avaliados ($4,04 \pm 0,331$), sendo a dimensão em que a melhoria foi mais significativa a dimensão cognitiva ($4,20 \pm 0,394$), seguida da dimensão interventiva ($4,16 \pm 0,547$). A dimensão teórico-prática obteve a média mais baixa ($3,84 \pm 0,562$). Estes valores diferem dos obtidos no estudo de construção e validação da escala, publicado por Batista, Martins e Pereira (2016), em que a dimensão atitudinal era a que apresentava valor de média mais elevado e a dimensão reconhecimento

e decisão apresentava o valor mais baixo; a diferença no contexto de estudo e no estadió de desenvolvimento profissional dos participantes poderá explicar essa diferença.

Entre os itens da EGPSA, destacou-se o item **reconhecer sinais e sintomas de gravidade**, com média $4,53 \pm 0,64$, mediana 5, o que, associado aos percentis, nos permite afirmar que mais de metade dos participantes considera ter melhorado imenso (5). Os itens avaliação do doente crítico, impacto global na aprendizagem, e definição de prioridades em situação de urgência obtiveram também valores médios superiores a 4 (4,40; 4,33; 4,33) com amplitude de 1, o que nos permite afirmar que todos os participantes consideraram, nestes itens, ter melhorado *consideravelmente* ou melhorado *imenso* com a SAF. Nenhum item obteve a classificação *fiquei pior* ou *fiquei igual*, pelo que é seguro afirmar que todos os participantes perceberam melhoria com a simulação. A produção científica corrobora estes resultados com inúmeros estudos a apontarem os contributos da simulação para o desenvolvimento de competência em contexto urgente e emergente (Boling e Hardin-Pierce, 2016; Connell [et al.], 2016; Kerner [et al.], 2016; McRae [et al.], 2017; Girão, Mazzo e Pereira Junior, 2018). De facto, o produto pedagógico EMI-Sim pretende formar e capacitar profissionais para o desempenho de funções em contexto de emergência intra-hospitalar e, se cruzarmos estes ganhos percebidos com os objetivos que os formadores definem para o curso, estamos em condições de afirmar que o curso EMI-Sim se traduz em ganhos consideráveis para os formandos, que se poderão traduzir em ganhos em saúde para os doentes e famílias.

Com a EADaS, obtivemos valor de média do total da escala de 4,46 pontos cuja mediana de 4,35 e distribuição por percentis (P25: 4,24; P50: 4,35; P75:4,74) nos permitem afirmar que mais de 75% dos participantes manifestou concordância com os itens da escala. Entre as três dimensões calculadas a partir da EADaS, a dimensão **valor afetivo** apresentou a média com valor mais elevado, $4,75 \pm 0,256$, seguida da dimensão **valor cognitivo** ($4,654 \pm 0,426$) e por último, a dimensão **valor psicossocial** ($4,14 \pm 0,504$). No artigo original, os autores obtiveram valores semelhantes ($\bar{x} = 4,48 \pm 0,30$) e a mesma ordenação das médias (Coutinho, Martins e Pereira, 2014). Bortolato-Major [et al.], (2019), aplicaram a escala numa amostra de 35 estudantes de enfermagem que participaram em formação com recurso a simulação e *debriefing* estruturado, obtendo também valores de média semelhantes (3,9). Num outro estudo, Chagas [et al.] (2021), obtiveram valor de média de 4,41 com desvio padrão de 0,25 pontos, não fazendo referência à avaliação da confiabilidade. No nosso estudo, no estudo original e no estudo publicado por Bortolato-Major e colaboradores, a análise de confiabilidade aferiu valores de alfa de Cronbach superiores a 0,857, pelo que

podemos afirmar que o nosso estudo corrobora as boas capacidades psicométricas da EADaS para avaliação do *debriefing* associado à simulação.

Para aferir relações entre as dimensões e o total da escala, neste estudo, recorreremos ao teste de Pearson uma vez que, embora o teste de normalidade de Shapiro-Wilk não mostrasse normalidade da distribuição dos valores obtidos com a EADaS, a análise do coeficiente de assimetria validou a nossa opção pelos testes paramétricos.

Na avaliação do *debriefing* através da EADaS, destacaram-se, pelos valores de média elevados e medianas de 5, os itens: *estruturar o meu pensamento, refletir sobre as minhas competências, identificar prioridades na atuação, melhor identificar os recursos a utilizar na atuação, identificar aspetos que devo melhorar em atuações futuras, desenvolver competências para a tomada de decisões acertadas, aumentar o potencial de trabalho em equipa e identificar dificuldades na minha atuação*. Efetivamente estes resultados vêm de encontro ao que é esperado do *debriefing*, como refere o COREN, ao afirmar que o “*debriefing, considerado uma fase de esclarecimentos, deve ser planejado e direcionado para o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo dos participantes.*” (Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, 2020, p.52).

Um estudo sobre as equipas equivalentes a EEMI efetuado na Austrália, concluiu que as competências não técnicas devem ser desenvolvidas no seio destas equipas, de forma a melhorar a segurança do doente e a qualidade dos cuidados prestados; ressaltam ainda a importância de um programa de educação interprofissional da equipa (Saunders [et al.], 2020). O EMI-Sim, através do *debriefing* associado à simulação, parece então contribuir para a melhoria contínua dos cuidados prestados ao doente crítico pelo que seria pertinente investigar sobre os ganhos em saúde que advêm desta estratégia.

Diversos autores descrevem que o *debriefing* associado à experiência em simulação pode desencadear níveis elevados de stress nos formandos (Al-Ghareeb e Cooper, 2016; Judd [et al.], 2019; Lestander, Lehto e Engström, 2016). Neste estudo verificámos, através do valor afetivo atribuído ao *debriefing* ($4,75 \pm 0,256$), que os participantes maioritariamente discordam, embora no item *me deixar muito ansioso/stressado* a amplitude de respostas se situe entre discordo completamente e concordo. A afirmação *eu me sentir no centro do processo formativo*, obteve valor de média mais baixo (3,07) e um elevado desvio padrão (1,387), que traduz a variabilidade de respostas, abrangendo os dois topos da escala. Esta amplitude pode, no nosso entender, ter relação com características individuais dos

participantes, ou espelhar uma necessidade de ajuste das estratégias de debriefing pois existem diferentes modalidades que podem ser adotadas.

Comparando as médias, verificou-se que, com a EADaS, houve diferença estatisticamente significativa entre enfermeiros e médicos, com os enfermeiros a avaliar o *debriefing*, em média com 4,71 e os médicos com 4,25. Esta diferença poderá, do nosso ponto de vista, ser atribuída a diversos fatores. A idade média dos médicos é muito inferior à dos enfermeiros, e, portanto, a experiência profissional também; aliando isso ao facto de que todos os enfermeiros relataram experiências anteriores em simulação, surge a questão sobre se a prática de *debriefing* de forma repetida melhora a abertura dos participantes face ao mesmo.

De forma a avaliar o desenho da atividade simulada, aplicámos a EDS à amostra em estudo. Conforme já referimos, a escala permite avaliar, com recurso aos mesmos itens, as práticas educativas e a importância que cada item tem para o participante. Verificou-se a existência de uma correlação positiva, de intensidade média entre os valores médios do total das duas escalas o que nos permite afirmar que, quanto mais elevado o nível de concordância com as afirmações relativamente às práticas educativas, maior a importância que os participantes lhe atribuem. De facto, no artigo de publicação da tradução e validação deste instrumento, os autores referem fraca correlação entre as escalas e apelam à necessidade de mais estudos a fim de aferir as qualidades psicométricas do mesmo. Vários estudos aplicaram a EDS, no entanto não encontramos em nenhuma referência à correlação entre as sub-escalas (Almeida [*et al.*], 2016; Bergamasco, Murakami e Cruz, 2018; Brasil [*et al.*], 2018; Costa [*et al.*], 2019).

Analisando a EDS-PE, o valor médio obtido no fator apoio, $4,62 \pm 0,525$, com mediana de 5, traduziu que a maioria dos participantes se sentiram apoiados durante a simulação, classificando os itens com concordo com a afirmação ou concordo totalmente com a afirmação, à exceção do item *eu senti-me apoiado pelo formador durante a simulação*, com amplitude de respostas entre discordo da afirmação e concordo totalmente com a afirmação. No fator objetivos e informações, com média $4,61 \pm 0,456$, destacamos a distribuição por percentis dos 5 itens que o compõem, permitindo-nos afirmar que o produto pedagógico EMI-Sim apresenta de forma clara os objetivos traçados. De facto, em todos os itens os níveis de concordância são superiores a 75%, pelo que pensamos estar em condições de afirmar que os elementos do produto pedagógico estão estruturados de acordo com as melhores recomendações (Almeida [*et al.*], 2016).

A EDS-IMP mostrou-nos que os participantes atribuem em média uma elevada importância aos itens da escala, obtendo um valor médio de $4,70 \pm 0,460$ e apresentando mediana 5 em todos os itens. Nenhuma afirmação foi classificada como não é importante ou um pouco importante, o que demonstra que os itens incluídos neste instrumento são elementos do design de uma simulação valorizados pelos participantes pelo que devem ser considerados no desenvolvimento da mesma.

Na procura de correlação entre as quatro escalas, constatámos a existência de correlação estatisticamente significativa, positiva, de intensidade média entre todas as entre todas as escalas, exceto com a EDS-IMP que apresenta apenas correlação com a EDS-PE.

A correlação entre a EGPSA e a EADaS leva-nos a afirmar que, os ganhos percebidos poderão ser influenciados e influenciar a perceção que os participantes têm do *debriefing*. A literatura corrobora esta ideia quando faz referência ao *debriefing* como pedra basilar de uma experiência simulada (Abelsson e Bisholt, 2017; Bortolato-Major [et al.], 2019; INACSL Standards Committee, 2016).

Considerando os resultados obtidos com as diferentes escalas, pensamos estar em condições de recomendar a utilização destes instrumentos como estratégia de avaliação e melhoria contínua do produto pedagógico em estudo. Diversos estudos mostram que existe evidência dos contributos da simulação para o desenvolvimento da educação interprofissional em saúde (Chen [et al.], 2019; Inzunza [et al.], 2020; Way e Dixon, 2019) pelo que nos parece também pertinente sugerir a inclusão de um instrumento psicométrico que avalie os contributos que possam advir do facto de se tratar de uma formação interprofissional pois, o nosso estudo não traduz esse valor.

CAPÍTULO IV

CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS

A investigação em enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso, que procura incrementar o conhecimento da disciplina, dando resposta a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades (Fortin, 2009).

Em saúde, a formação contínua é indispensável e indissociável de um programa de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. A simulação de alta-fidelidade é uma estratégia amplamente disseminada na formação, quer de enfermeiros, quer de médicos, sobre a qual importa criar evidência científica.

Com este estudo transversal descritivo, de natureza quantitativa, com uma amostragem não probabilística obtida por conveniência, pretendíamos avaliar a experiência dos formandos com o produto pedagógico EMI-Sim, recorrendo a instrumentos validados. Da aplicação destes instrumentos, obtivemos um conjunto de resultados que nos conduziram a conclusões que nos permitem validar a mais valia da utilização destes instrumentos como estratégia de avaliação e melhoria contínua do produto pedagógico em estudo, que se revelou uma ótima experiência de aprendizagem, aquisição/recertificação de competências para a capacitação dos elementos da EEMI.

Os participantes no curso EMI-Sim perceberam os ganhos associados à SAF de forma positiva, centrando as suas respostas em *melhorei consideravelmente*. Destacou-se o item **reconhecer sinais e sintomas de gravidade**, sobre o qual podemos afirmar que mais de metade dos participantes considera ter melhorado imenso; nos itens **avaliação do doente crítico, impacto global na aprendizagem, e definição de prioridades em situação de urgência** todos os participantes referem ter melhorado *consideravelmente* ou melhorado *imenso* com a SAF. Nenhum item obteve a classificação *fiquei pior* ou *fiquei igual*, pelo que é seguro afirmar que todos os participantes sentiram melhoria com a simulação. Tratando-se de um produto pedagógico que pretende capacitar equipas para o atendimento à pessoa em situação crítica, estes resultados são reveladores do contributo do EMI-Sim quanto aos ganhos percebidos pelos formandos.

O *debriefing* associado à simulação afirmou-se como um elemento fundamental desta estratégia de educação interprofissional aprimorada por simulação. Na avaliação do *debriefing* através da EADaS, destacaram-se os itens: ***estruturar o meu pensamento, refletir sobre as minhas competências, identificar prioridades na atuação, melhor identificar os recursos a utilizar na atuação, identificar aspetos que devo melhorar em atuações futuras, desenvolver competências para a tomada de decisões acertadas, aumentar o potencial de***

trabalho em equipa e identificar dificuldades na minha atuação. Mais de 75% dos participantes manifestou concordância com os itens da escala. Este estudo corrobora, portanto, as boas capacidades psicométricas da EADaS para avaliação do *debriefing* associado à simulação.

Os participantes avaliaram as práticas educativas utilizadas no design da simulação, manifestando, em termos médios, concordância com as afirmações apresentadas, e verificou-se que essas práticas são muito valorizadas pelos mesmos. A maioria dos participantes sentiu-se apoiada durante a simulação. Nenhuma afirmação foi classificada como não é importante ou um pouco importante, o que demonstra que os itens incluídos neste instrumento são elementos do design de uma simulação valorizados pelos participantes.

Não se verificou diferença estatisticamente significativa entre os resultados médios obtidos pelos indivíduos do sexo masculino e do sexo feminino nem entre participantes com experiência anterior em simulação e sem experiência anterior, o que pode resultar do tamanho da amostra.

Verificou-se a existência de diferença estatisticamente significativa entre os resultados obtidos por enfermeiros e médicos relativamente à avaliação do *debriefing* e ao design da simulação. A maturidade do grupo profissional poderá influenciar essa diferença, pelo que mais estudos serão pertinentes.

Corroboramos o contributo dos instrumentos utilizados para a criação de evidência sobre o uso de simulação na formação de profissionais de saúde e consideramos estar em condições de afirmar que os mesmos se poderão constituir como uma mais valia como ferramenta de avaliação e melhoria contínua do produto pedagógico em curso.

Durante o desenvolvimento do estudo, surgiu a ideia de procurar correlação entre os ganhos percebidos e os resultados obtidos no pré-teste e no teste final. No entanto, não prosseguimos com a ideia pois não tínhamos manifestado essa intenção nem ao Conselho de Ética, nem aos participantes. Esta questão poderá ser considerada em estudos futuros.

Admitindo que, em saúde, a finalidade última deverá ser sempre o incremento dos ganhos em saúde para a população, estudar a efetividade da formação para o desempenho da EEMI, aferindo os ganhos que daí advêm, seria desafiante e pertinente.

O contexto pandémico influenciou a dimensão da amostra, limitando a generalização de resultados. Seria pertinente a replicação deste estudo de forma obter resultados mais

sólidos, que poderiam contribuir para a afirmação do produto pedagógico EMI-Sim junto da comunidade científica

Ainda como limitação do estudo, gostaríamos de apontar que a inclusão de uma componente qualitativa poderia ter fortalecido o estudo, investigando, por exemplo, os contributos oriundos do facto de se tratar de um produto pedagógico que assenta na educação interprofissional.

Este estudo revelou-se um caminho frutífero de descoberta, aprendizagem e realização pessoal e profissional. O desenvolvimento de competências na área da investigação e o despertar de uma vontade de continuar o percurso académico são marcos que ficarão após a conclusão deste trabalho e que vêm corroborar a opinião de que o caminho de desenvolvimento das ciências da enfermagem passará indubitavelmente pela produção de evidência científica e queremos participar ativamente nesse processo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABELSSON, Anna; BISHOLT, Birgitta - Nurse students learning acute care by simulation: Focus on observation and *debriefing*. **Nurse Education in Practice**. [em linha]. ISSN 14715953. Vol. 24, (May,2017), 6-13 . Doi: 10.1016/j.nepr.2017.03.001.

AL-GHAREEB, Amal Z.; COOPER, Simon J. - Barriers and enablers to the use of high-fidelity patient simulation manikins in nurse education: an integrative review. **Nurse education today**. [em linha]. ISSN 15322793. Vol.36, (Jan., 2016), 281–286. Doi: 10.1016/j.nedt.2015.08.005.

ALHAJ ALI, Abeer [*et al.*] - The impact of debriefing modalities on nurse practitioner students' knowledge and leadership skills in managing fatal dysrhythmias: a pilot study. **Nurse Education in Practice**. [em linha]. ISSN 14715953. Vol.42, (jan. ,2020) 102687. Doi: 10.1016/j.nepr.2019.102687.

ALMEIDA, Rodrigo Guimarães dos Santos... [*et al.*] - Validação para a língua portuguesa da Debriefing experience scale . **Revista Brasileira de Enfermagem**. [em linha]. ISSN 0034-7167. Vol. 69, nº. 4, (2016), 658–64. Doi: 10.1590/0034-7167.2016690413i.

ALMEIDA, Rodrigo Guimarães dos Santos [*et al.*] - Validação para a língua portuguesa da simulation design scale. **Texto e Contexto Enfermagem**. [em linha]. ISSN 1980265X. Vol. 24, nº4, (dezembro, 2015), 934–940. Doi: 10.1590/0104-0707201500004570014.

BATISTA, Rui; MARTINS, José Carlos Amado; PEREIRA, Maria Fátima - Construção e validação da Escala de ganhos percebidos com a simulação de alta-fidelidade (EGPSA). **Revista de Enfermagem Referência**. [em linha]. ISSN 0874-0283. Série IV, nº. 10, (jul./ago./set., 2016), 29–37. Doi: 10.12707/RIV16002.

BAPTISTA, Rui Carlos; PEREIRA, Maria Fátima; MARTINS, José Carlos - Simulação no ensino de graduação em enfermagem: evidências científicas. In. MARTINS, JOSÉ CARLOS AMADO... [*et al.*] (Eds.) - **A simulação no ensino de enfermagem**. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2014. ISBN 9789899890930. p. 65–81.

BELL-GORDON, Charyl; GIGLIOTTI, Elizabeth; MITCHELL, Katy - An evidence-based practice project for recognition of clinical deterioration: utilization of simulation-based education. **Journal of Nursing Education and Practice**. [em linha]. ISSN 1925-4059. Vol 4, nº6, (2014), 69–76. Doi: 10.5430/jnep.v4n6p69.

BENNER, Patricia - **De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem**. Coimbra : Quarteto editora, 2001. ISBN 972-8535-97-X.

BERGAMASCO, Ellen Cristina; MURAKAMI, Beatriz Murata; CRUZ, Diná De Almeida Lopes Monteiro - Use of the Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning (SSSCL) and the Simulation Design Scale (SDS) in nursing teaching: experience report. **Scientia Medica**. [em linha]. ISSN 19806108. Vol. 28, nº3, (2018). Doi: 10.15448/1980-6108.2018.3.31036.

BERGER, John D. [*et al.*] - A Quality Improvement project using high-fidelity simulation training to improve clinical knowledge among critical care transport nurses. **Clinical Simulation in Nursing**. [em linha]. ISSN 18761399. Vol. 14, (January, 2018), 54–60. Doi: 10.1016/j.ecns.2017.11.008.

BOLING, Bryan; HARDIN-PIERCE, Melanie - The effect of high-fidelity simulation on knowledge and confidence in critical care training: an integrative review. **Nurse Education in Practice**. [em linha]. ISSN 14715953. Vol. 16, nº1, (2016), 287–293. Doi: 10.1016/j.nepr.2015.10.004.

BORTOLATO-MAJOR, Carina [*et al.*] - Avaliação do debriefing na simulação clínica em enfermagem : um estudo transversal. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Vol. 72, nº3, (2019), 825–831.

BRASIL, Guilherme da Costa [*et al.*] - Utilização de escalas de design e autoconfiança na avaliação da simulação realística materno-infantil. **Revista de Enfermagem Referência**. ISSN 2182-2883. Série 4, nº19, (out./nov./dez., 2018), 116–130.

CHAGAS, Maria Ercília [*et al.*] - Avaliação do debriefing na simulação clínica no ensino em enfermagem. **Enfermagem em Foco**. [em linha]. ISSN 2177-4285. Vol.11, nº4, (2020) 153–160. Doi 10.21675/2357-707x.2020.v11.n3.2854.

CHEN, Alissa S. [*et al.*] - Implementation, evaluation, and outcome of TeamSTEPPS in interprofessional education: a scoping review. **Journal of Interprofessional Care**. [em linha]. ISSN 14699567. Vol.33, nº6, (Nov./Dec., 2019) 795–804. Doi 10.1080/13561820.2019.1594729.

CONNELL, Clifford J. [*et al.*] - The effectiveness of education in the recognition and management of deteriorating patients: a systematic review. **Nurse Education Today**. [em

linha]. ISSN 15322793. Vol.44, (sep. , 2016), 133–145. Doi: 10.1016/j.nedt.2016.06.001.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO - **Manual de simulação clínica para profissionais de enfermagem**. São Paulo : Conselho Regional do Estado de São Paulo, 2020. ISBN 97865-993308-0-3.

COSTA, Cátia Isabel Andrade Botelho - **Simulação clínica em Portugal: a realidade dos centros de simulação e percepção dos seus principais stakeholders**. [em linha]. Lisboa: [s.n.], 2017. Dissertação apresentada a obtenção do grau de Mestre em Gestão da Saúde, na Escola Superior de Saúde Pública de Lisboa. Disponível em WWW. <https://run.unl.pt/handle/10362/2066>

COSTA, Raphael Ranieri de Oliveira, [et.al.] - Percepções de estudantes de enfermagem acerca das dimensões estruturais da simulação clínica. **Scientia Medica**. [em linha]. Vol.29, nº1 (may, 2019), :e32972. Doi: <https://doi.org/10.15448/1980-6108.2019.1.32972>.

COUTINHO, Verónica Rita; MARTINS, José; PEREIRA, Maria - Construção e Validação da Escala de Avaliação do Debriefing associado à Simulação (EADaS). **Revista de Enfermagem Referência**. [em linha]. ISSN 08740283. IV Série:Nº 2 (2014) 41–50. Doi: 10.12707/riii1392.

FORTIN, Marie-Fabienne - **O processo de investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 978-972-8383-10-7.

FORTIN, Marie-Fabienne - **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.

GIRÃO, Fernanda Berchelli; MAZZO, Alessandra; PEREIRA JUNIOR, Gerson Alves - Uso da simulação de alta fidelidade no preparo de enfermeiros para o atendimento de urgências e emergências: revisão da literatura. **Scientia Medica**. [em linha]. Vol. 28, nº. 1 (jan.,2018), ID28675. Disponível em WWW:<[URL:http://revistaseletronicas.pucrs.br/scientiamedica/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/28675/16454](http://revistaseletronicas.pucrs.br/scientiamedica/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/28675/16454)>. ISSN 1980-6108.

GRASNER, Jan-Thorsten [*et al.*] - European Resuscitation Council Guidelines 2021: epidemiology of cardiac arrest in Europe. **Resuscitation**. [em linha]. ISSN 18731570. Vol. 161, (april, 2021), 61–79. Doi: 10.1016/j.resuscitation.2021.02.007.

GREIF, Robert [*et al.*] - European Resuscitation Council Guidelines 2021: education for

resuscitation. **Resuscitation**. [em linha]. ISSN 18731570. Vol.161, (2021) 388–407. Doi: 10.1016/j.resuscitation.2021.02.016.

GOLDMAN, Joanne - Centre for the advancement of interprofessional education (CAIPE) website: www.caipe.org.uk. **Journal of Interprofessional Care**. [em linha]. vol.25, nº5, (2011), 386-387. Doi: 10.3109/13561820.2011.605618

HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto ; HERNÁNDEZ COLLADO, Carlos ; BAPTISTA LUCIO, María del Pilar - **Metodologia de pesquisa**. 5º. Ed. São Paulo : Penso, 2013. ISBN 978-85-65848-28-2

HOMEYER, Sabine [*et al.*] - Effects of interprofessional education for medical and nursing students: enablers, barriers and expectations for optimizing future interprofessional collaboration: a qualitative study. **BMC Nursing**. [em linha]. Vol. 17, nº. 13 (2018), 1-10. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12912-018-0279-x>.

HULLEY, Stephen [*et al.*]- **Designing clinical research**. 4ª ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; Lippincot Williams & Wilkins, 2013.

INACSL STANDARDS COMMITTEE - INACSL Standards of best practice: SimulationSM Simulation-Enhanced Interprofessional Education (Sim-IPE). **Clinical Simulation in Nursing**. [em linha] ISSN 18761399. Vol.12, (2016), S34–S38. Doi: 10.1016/j.ecns.2016.09.011.

INACSL STANDARDS COMMITTEE - INACSL standards of best practice: SimulationSM Design da Simulação. **Clinical Simulation in Nursing**. ISSN 18761399. Vol. 12, (2016). [em linha]. 681–687. Doi: 10.1016/j.ecns.2017.10.005.

INZUNZA, Lylian Macías [*et al.*] - Formation in interprofessional education in nursing and medical students globally. Scoping review. **Investigacion y Educacion en Enfermeria**. [em linha]. ISSN 22160280. Vol.38, nº2, (jul. 2020). Doi: 10.17533/UDEA.IEE.V38N2E06.

JONES, Felipe; PASSOS-NETO, Carlos; BRAGHIROLI, Odonne - Simulation in medical education: brief history and methodology. **Principles and Practice of Clinical Research Journal**. [em linha]. ISSN 2378-1890. Vol. 1, nº2, (2015), 56–63. doi: 10.21801/ppcrj.2015.12.8.

JUDD, Belinda K. [*et al.*] - Registered nurses psychophysiological stress and confidence during high-fidelity emergency simulation: effects on performance. **Nurse Education**

Today. [em linha]. ISSN 15322793. Vol.78, (jul. 2019), 44-49. Doi: 10.1016/j.nedt.2019.04.005.

JUNG, Boris [*et al.*] - Rapid response team and hospital mortality in hospitalized patients. **Intensive Care Medicine.** [em linha]. ISSN 14321238. Vol.42, nº4, (april, 2016), 494–504. Doi: 10.1007/s00134-016-4254-2.

KERNER, Robert L. [*et a.*] - Simulation for operational readiness in a new freestanding emergency department: strategy and tactics. **Simulation in Healthcare.** [em linha]. ISSN 1559713X. Vol.11, nº5, (october, 2016), 345–356. doi: 10.1097/SIH.000000000000180.

KÉROUAC, Suzanne [*et al.*] - **El pensamiento enfermero.** Barcelona : Masson, 1996. ISBN 84-458-0365-4.

KIRKHAM, Lucy Ann- Exploring the use of high-fidelity simulation training to enhance clinical skills. **Nursing standard.** [em linha]. ISSN 0029-6570. Vol.32, nº24, (Feb. 2018), 44–53. Doi: 10.7748/ns.2018.e10693.

KOWITLAWAKUL, Yanika [*et al.*] - Exploring the use of standardized patients for simulation-based learning in preparing advanced practice nurses. **Nurse Education Today.** [em linha]. ISSN 15322793. Vol. 35, nº7, (Jul. 2015) 894–899. doi: 10.1016/j.nedt.2015.03.004.

LEATHERS, James S.; DAVIDSON, Heather; DESAI, Neerav - Interprofessional education between medical students and nurse practitioner students in a Global Health course. **BMC Medical Education.** [em linha]. ISSN 14726920. Vol.18, nº1 , (2018). 1–8. Doi: 10.1186/s12909-018-1307-y.

LESTANDER, Örjan; LEHTO, Niklas; ENGSTRÖM, Åsa - Nursing students' perceptions of learning after high fidelity simulation: Effects of a Three-step Post-simulation Reflection Model. **Nurse Education Today.** [em linha]. ISSN 15322793. Vol.40, (2016). doi: 10.1016/j.nedt.2016.03.011.

MAHARAJ, Ritesh; RAFFAELE, Ivan; WENDON, Julia - Rapid response systems: A systematic review and meta-analysis. **Critical Care.**[em linha] . ISSN 1466609X. Vol.19, nº1, (2015) 1–15. doi: 10.1186/s13054-015-0973-y.

MAROCO, João - **Análise estatística com o SPSS.** 3ª ed. Lisboa : Edições Sílabo, 2011. ISBN 978-972-618-452-2.

MCGAGHIE, William C. [*et al.*] - A critical review of simulation-based medical education research: 2003-2009. **Medical Education**. [em linha]. ISSN 03080110. Vol.44, n.º 1, (2010) 50–63. doi: 10.1111/j.1365-2923.2009.03547.x.

MCRAE, Marion E. [*et al.*] - The effectiveness of and satisfaction with high-fidelity simulation to teach cardiac surgical resuscitation skills to nurses. **Intensive and Critical Care Nursing**. [em linha] ISSN 09643397. Vol.40 (2017) 64–69. doi: 10.1016/j.iccn.2016.11.001.

MURPHY, Gail Tomblim ; GILBERT, John H. V.; RIGBY, Janet - Integrating interprofessional education with needs-based health workforce planning to strengthen health systems. **Journal of Interprofessional Care**. [em linha] ISSN 14699567. Vol.33, nº4, (2019), 343–346. Doi: 10.1080/13561820.2019.1638758.

O’LEARY, Jessica; NASH, Robyn; LEWIS, Peter - Standard instruction versus simulation: Educating registered nurses in the early recognition of patient deterioration in paediatric critical care. **Nurse Education Today**. [em linha]. ISSN 15322793. vol.36,(2016) 287–292. doi: 10.1016/j.nedt.2015.07.021.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Investigação em enfermagem: tomada de posição**. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2006

ORDEM DOS ENFERMEIROS -**Membros activos em :31-12-2021**. [em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2021. Disponível em WWW: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/bu/2020_Anu%C3%A1rioEstatisticos.pdf

ORDEM DOS MÉDICOS. Conselho Nacional Executivo- **Distribuição por distritos, concelhos, especialidade, idade e sexo: folha resumo**. [s.l.]: **Ordem dos Médicos, 2020**.

OTTO, Quentin [et. al.] - Utstein Style for emergency care: the first 30 years. **Resuscitation**. [em linha]. ISSN 03009572. Vol.163, (Feb., 2021), 16–25. Doi: 10.1016/j.resuscitation.2021.03.022.

PEPIN, Jacinthe I.; FLORENCE, Myrick - Nursing Education Research with a Focus on Clinical Simulation an Interprofessional Education. **Quality Advancement in Nursing Education - Avancées en formation infirmière**. [em linha] Vol.7, nº1, (2021). Article 8. Doi: <https://doi.org/10.17483/2368-6669.1304>.

PRICE, Sheri; REICHERT, Carol - The Importance of Continuing Professional

Development to Career Satisfaction and Patient Care: Meeting the Needs of Novice to Mid-to Late-Career Nurses throughout Their Career Span. **Administrative Sciences**. [em linha] . ISSN 2076-3387. 7:2 (2017) 17. doi: 10.3390/admsci7020017.

PORTUGAL. Direção-Geral de Saúde - **Circular Normativa nº. 15/DQS/DQCO: Criação e implementação de uma equipa de emergência médica intra-hospitalar (EEMI)**. [em linha]. Lisboa: DGS, 2010. Disponível em WWW : <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n15dqsdqco-de22062010-pdf.aspx>.

REGULAMENTO nº. 140/2019. Diário da República 2.º Série. 26 (2019/02/06), 4744-4750. Disponível em WWW: <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

REGULAMENTO (UE) 2016/679 - Relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados de 27 de abril de 2016. **Jornal Oficial da União Europeia**. [em linha]. Vol. 2014, nº3, (2016), 1–119. Disponível em WWW: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=celex%3A32016R0679>

SÁ-COUTO, Carla, [et al.] - Biomedical Simulation: Evolution, Concepts, Challenges and Future Trends. **Acta Médica Portuguesa**. [em linha] ISSN 0870-399X. Vol.29, nº12,(2016), 860-868 . Doi: 10.20344/amp.8403.

SAUNDERS, Rosemary [et al.] - Emergencies within hospital wards: An observational study of the non-technical skills of medical emergency teams. **Australasian Emergency Care**. [em linha]. ISSN 2588994X. Vol.24, nº2 (2020) 89–95. doi: 10.1016/j.auec.2020.07.003.

SILVA, Pedro Nuno - **Implementação da equipa de emergência médica intra-hospitalar nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde: análise de custo-efetividade perante a incidência da paragem cárdio-respiratória intra-hospitalar**. [em linha]. Lisboa: [s.n.], 2015. Dissertação de mestrado apresentada na Universidade Nova de Lisboa. Disponível em WWW:<URL:<https://run.unl.pt/handle/10362/16303>>.

SUBBE, Christian P. [et al.] - Crisis checklists for in-hospital emergencies: expert consensus, simulation testing and recommendations for a template determined by a multi-institutional and multi-disciplinary learning collaborative. **BMC Health Services Research**. . ISSN 14726963. 17:1 (2017) 1–9. doi: 10.1186/s12913-017-2288-y.

SUNDBERG, Kristina, [et al.] - Framing IPE. Exploring meanings of interprofessional

education within an academic health professions institution. **Journal of Interprofessional Care**. [em linha] ISSN 14699567. Vol.33, nº6, (2019), 628–635. doi: 10.1080/13561820.2019.1586658.

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO - **Curso de Emergência Médica Intra-Hospitalar, com recurso à Simulação**. 2020. Documento interno acessível na ULSAM

WATANABE, Hideo [et al.] - Changes in attitudes of undergraduate students learning interprofessional education in the absence of patient safety modules: evaluation with a modified T-TAQ instrument. **Journal of Interprofessional Care**. [em linha] ISSN 14699567. Vol. 33, nº6 (2019) 689–696. doi: 10.1080/13561820.2019.1598951.

WAY, Susan; DIXON, Leigh Anne - Applying interprofessional education to the practice setting. **British Journal of Nursing**. [em linha]. ISSN 20522819. Vol. 28, nº17, (2019), 1144–1147. doi: 10.12968/bjon.2019.28.17.1144.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Framework for action on interprofessional education & collaborative practice**. [em linha]. Geneva: WHO,2010. Disponível em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/?sequence=1>

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Country implementation guidance: after action reviews and simulation exercises: under the International Health Regulations 2005 Monitoring & evaluationa framework (IHR MEF)**. [em linha]. Geneva: WHO,2018 Disponível em WWW:< <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276175/WHO-WHE-CPI-2018.48-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>.

ANEXOS

ANEXO A

ESCALA DE GANHOS PERCEBIDOS COM A SIMULAÇÃO DE ALTA-FIDELIDADE (ADAPTADA)

CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO

Ganhos Percebidos com a Simulação de Alta-fidelidade (EGPSA)

Baptista, Martins e Pereira (2013)

Instruções: Pense nas experiências clínicas simuladas desenvolvidas no simulador de alta-fidelidade e assinale (X) de que forma essas experiências interferiram em cada um dos itens que se apresentam.

Itens	Fiquei pior	Fiquei igual	Melhorei pouco	Melhorei Consideravelmente	Melhorei imenso
Capacidade para diagnosticar necessidades prioritárias					
Definição de prioridades em situação de urgência					
Tomada de decisões perante uma situação crítica					
Estabelecer um plano de acção em situação de urgência					
Resolver problemas em ambientes complexos					
Velocidade do raciocínio em ambientes complexos					
Capacidade de liderança em situação de urgência					
Pensar de forma disciplinada, estruturada					
Capacidade de intervenção estruturada em situação de urgência					
Demora a uma resposta efectiva em situação de urgência					
Desenvolver intervenções relacionadas com a função neurológica					
Avaliação do doente crítico					
Avaliar resultados das acções implementadas					
Reconhecer sinais e sintomas de gravidade					
Conhecimentos teóricos					
Impacto global na aprendizagem					
Capacidade de mobilizar os conhecimentos					
Desenvolver intervenções relacionadas com a ventilação					
Desenvolver intervenções relacionadas com a gestão da via aérea					
Desenvolver intervenções relacionadas com a circulação					
Autocrítica					
Reflexão sobre a acção					
Autoconfiança					
Utilização de equipamento específico para urgências					
Capacidade para utilizar material e equipamentos específicos para urgência					
Capacidades psicomotoras relacionadas com intervenções em urgência					

ANEXO B

**ESCALA DE AVALIAÇÃO DO *DEBRIEFING* ASSOCIADO À SIMULAÇÃO
(ADAPTADA)**

CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO

Escala de Avaliação do *Debriefing* associado à Simulação (EADaS) Adaptada

Coutinho, Verónica Rita; Martins, José Carlos A.; Pereira, Maria de Fátima (2014)

Leia atentamente e assinale a opção que melhor responde à sua opinião

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

ANEXO C

ESCALA DO *DESIGN* DA SIMULAÇÃO (ADAPTADA)

CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO

Escala do Design da Simulação Adaptada

Almeida, Rodrigo Guimarães dos Santos, Mazzo, Alessandra, Martins, José Carlos Amado, Pedersoli, Cesar Eduardo, Fumincelli, Laís, & Mendes, Isabel Amélia Costa. (2015).

A fim de avaliar se os melhores elementos do plano de simulação foram implementados, responda ao questionário abaixo de acordo com a sua percepção. Não existem respostas certas ou erradas, apenas o seu nível de concordância ou discordância. Por favor, use o código a seguir para responder as perguntas.

Use o seguinte sistema de classificação para avaliar as práticas educativas:							Avalie cada item com base no quão importante é para si:				
1. Discordo totalmente da afirmação 2. Discordo da afirmação 3. Indeciso – nem concordo nem discordo da afirmação 4. Concordo com a afirmação 5. Concordo totalmente com a afirmação NA. Não aplicável, a declaração não diz respeito à atividade simulada realizada							1. Não é importante 2. Um pouco importante 3. Neutro 4. Importante 5. Muito importante				
Item	1	2	3	4	5	NA	1	2	3	4	5
Objetivos e Informações											
1. No início da simulação foi fornecida informação suficiente para proporcionar orientação e incentivo.	0 1	0 2	0 3	0 4	0 5	0 NA	0 1	0 2	0 3	0 4	0 5
2. Eu entendi claramente a finalidade e os objetivos da simulação.	0 1	0 2	0 3	0 4	0 5	0 NA	0 1	0 2	0 3	0 4	0 5
3. A simulação forneceu informação suficiente, de forma clara, para eu resolver a situação-problema.	0 1	0 2	0 3	0 4	0 5	0 NA	0 1	0 2	0 3	0 4	0 5
4. Foi-me fornecida informação suficiente durante a simulação.	0 1	0 2	0 3	0 4	0 5	0 NA	0 1	0 2	0 3	0 4	0 5
5. As pistas foram adequadas e direcionadas para promover a minha compreensão.	0 1	0 2	0 3	0 4	0 5	0 NA	0 1	0 2	0 3	0 4	0 5
Apoio											
6. O apoio foi oferecido em tempo oportuno.	0 1	0 2	0 3	0 4	0 5	0 NA	0 1	0 2	0 3	0 4	0 5
7. A minha necessidade de ajuda foi reconhecida.	0 1	0 2	0 3	0 4	0 5	0 NA	0 1	0 2	0 3	0 4	0 5
8. Eu senti-me apoiado pelo formador durante a simulação.	0 1	0 2	0 3	0 4	0 5	0 NA	0 1	0 2	0 3	0 4	0 5
9. Eu fui apoiado no processo de aprendizagem.	0 1	0 2	0 3	0 4	0 5	0 NA	0 1	0 2	0 3	0 4	0 5
Resolução de Problemas											
10. A resolução de problemas de forma autónoma foi facilitada.	0 1	0 2	0 3	0 4	0 5	0 NA	0 1	0 2	0 3	0 4	0 5
11. Fui incentivado a explorar todas as possibilidades da simulação.	0 1	0 2	0 3	0 4	0 5	0 NA	0 1	0 2	0 3	0 4	0 5
12. A simulação foi projetada para o meu nível específico de conhecimento e habilidades.	0 1	0 2	0 3	0 4	0 5	0 NA	0 1	0 2	0 3	0 4	0 5
13. A simulação permitiu-me a oportunidade de priorizar as avaliações e os cuidados de saúde.	0 1	0 2	0 3	0 4	0 5	0 NA	0 1	0 2	0 3	0 4	0 5
14. A simulação proporcionou-me uma oportunidade de estabelecer objetivos para o meu paciente.	0 1	0 2	0 3	0 4	0 5	0 NA	0 1	0 2	0 3	0 4	0 5
Feedback / Reflexão											
15. O feedback fornecido foi construtivo.	0 1	0 2	0 3	0 4	0 5	0 NA	0 1	0 2	0 3	0 4	0 5
16. O feedback foi fornecido em tempo oportuno.	0 1	0 2	0 3	0 4	0 5	0 NA	0 1	0 2	0 3	0 4	0 5
17. A simulação permitiu-me analisar meu próprio comportamento e ações.	0 1	0 2	0 3	0 4	0 5	0 NA	0 1	0 2	0 3	0 4	0 5
18. Após a simulação houve oportunidade para obter orientação / feedback do formador, a fim de construir conhecimento para outro nível.	0 1	0 2	0 3	0 4	0 5	0 NA	0 1	0 2	0 3	0 4	0 5
Realismo											
19. O cenário assemelhava-se a uma situação da vida real.	0 1	0 2	0 3	0 4	0 5	0 NA	0 1	0 2	0 3	0 4	0 5
20. Fatores, situações e variáveis da vida real foram incorporados ao cenário de simulação.	0 1	0 2	0 3	0 4	0 5	0 NA	0 1	0 2	0 3	0 4	0 5

ANEXO D

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Envia-se em anexo o Parecer da CES nº 01/2021 e autorizado pela Sra. Enfa. Diretora.

Com os melhores cumprimentos,
Regina Carvalhosa

Comissão Ética Saúde ULSAM

Comissão Ética Saúde Ulsam

Comissão Ética Saúde da ULSAM

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, EPE

APÊNDICES

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL

QUESTIONÁRIO DE CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL

Caro participante, este questionário surge no âmbito do estudo intitulado *A Simulação de Alta-Fidelidade e o Debriefing Estruturado na Formação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar* e com ele pretende-se caraterizar a amostra de formandos participante no estudo.

Os dados recolhidos são confidenciais e a garantia de anonimato é assegurada pela criação de um código, que se irá repetir nos demais instrumentos, de forma a permitir aos investigadores uma criteriosa análise de dados. Deverá escrever o seu código de identificação no espaço assinalado associando a letra E ou M, consoante seja enfermeiro ou médico, à inicial do seu nome próprio, aos dois dígitos que compõe o seu dia de aniversário e aos dois últimos dígitos do ano de nascimento. Por exemplo EM0382 (E= Enfermeiro, M= Manuel, 03= dia de aniversário, 82= ano de nascimento).

Relembramos que a sua participação é de extrema importância para os investigadores, mas que, a qualquer momento poderá cancelar a mesma, devendo para tal, comunicar, somente, a sua intenção a um elemento da equipa de formação.

Gratos pela sua participação!

CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO

IDADE	__ANOS		
GÉNERO	<input type="checkbox"/> FEMININO	<input type="checkbox"/> MASCULINO	
HABILITAÇÕES ACADÉMICAS	<input type="checkbox"/> LICENCIATURA	<input type="checkbox"/> MESTRADO	<input type="checkbox"/> DOUTORAMENTO
CATEGORIA PROFISSIONAL	<input type="checkbox"/> ENFERMEIRO	<input type="checkbox"/> MÉDICO	
ESPECIALIDADE	ANO DE CONCLUSÃO		
EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL			
SERVIÇO	<input type="checkbox"/>	TEMPO	(ANOS/MESES)
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
EXPERIÊNCIAS ANTERIORES EM SIMULAÇÃO (COMO FORMANDO)	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, QUAIS? _____ _____	EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL NA EMI	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, ____ ANOS/MESES

APÊNDICE B

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaração de Consentimento Informado

Se concordar em participar neste estudo, por favor, assine no espaço abaixo. Agradecemos o seu contributo imprescindível a este estudo.

Eu, _____,

tomei conhecimento do objetivo do estudo de investigação no âmbito intitulado ***A Simulação de Alta-Fidelidade e o Debriefing Estruturado na Formação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar***, realizado por Elisa Amorim Freire, estudante do VI Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, sob orientação da Professora Doutora Maria Aurora Pereira e co-orientação do Enfermeiro Samuel Sousa, e da forma como vou participar no referido estudo.

Fui esclarecido(a) acerca de todos os aspetos que considero importantes e obtive respostas relativamente às questões que coloquei. Fui informado(a) sobre o respeito pelo princípio do anonimato e do compromisso da confidencialidade, assim como do direito de recusar a participar ou de interromper o preenchimento dos questionários a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequências para mim. Por concordar com as condições desta participação assino o presente consentimento informado conjuntamente com o investigador.

Assinatura do entrevistado: _____

Assinatura do investigador: _____

Viana do Castelo, 3 de março de 2021