


COMPARAÇÃO DE DOIS MODELOS DE DEBRIEFING NA SIMULAÇÃO IN SITU PARA ENFERMEIROS: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

COMPARISON OF TWO DEBRIEFING MODELS IN IN SITU SIMULATION FOR NURSES: RANDOMIZED CLINICAL TRIAL

COMPARACIÓN DE DOS MODELOS DE DEBRIEFING EN SIMULACIÓN IN SITU PARA ENFERMERAS: ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO

 <https://doi.org/10.56238/arev7n9-097>

Data de submissão: 09/08/2025

Data de publicação: 09/09/2025

Thaísa Mariela Nascimento de Oliveira
Doutorado em Enfermagem
E-mail: thaisamariela@hotmail.com

Mayckel da Silva Barreto
Doutorado em Enfermagem
E-mail: mayckelbar@gmail.com

Maria Gorete Nicolette Pereira
Doutorado em Enfermagem
E-mail: goreteepaixao@hotmail.com

Eleine Aparecida Penha Martins
Pós-doutorado em Enfermagem
E-mail: eleinemartins@gmail.com

RESUMO

Objetivo: comparar o impacto dos modelos Structured and Supported Debriefing e Promoting Excellence and Reflective Learning in Simulation Healthcare Debriefing para enfermeiros, em relação aos resultados mensuráveis: aquisição de habilidade cognitiva, satisfação, autoconfiança e desempenho do facilitador. **Método:** ensaio randomizado, com 34 enfermeiros. O grupo controle, conduzido pelo modelo Structured and Supported Debriefing e o grupo intervenção, pelo Promoting Excellence and Reflective Learning in Simulation Healthcare Debriefing. A Escala de Avaliação do Debriefing Associado à Simulação; Escala Debriefing Assessment for Simulation in Healthcare e a; Escala de Satisfação dos estudantes e autoconfiança na aprendizagem, foram aplicadas. **Resultados:** houve significância da habilidade cognitiva no grupo controle, para foco ($p=0,0444$), reflexão ($p=0,0277$), e conhecimento ($p=0,0056$). No grupo intervenção, significância em envergonhar frente aos colegas ($p=0,0126$). Na satisfação, autoconfiança, e desempenho do facilitador, não houve diferença entre grupos. **Conclusão:** a condução do debriefing sem julgamentos potencializa a habilidade cognitiva. Os dois modelos de debriefing proporcionam autoconfiança e satisfação, e não influenciam na competência do facilitador. Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos: RBR-8v4p3rs.

Palavras-chave: : Educação. Simulação. Satisfação Pessoal. Competência Profissional.

ABSTRACT

Objective: To compare the impact of the Structured and Supported Debriefing and Promoting Excellence and Reflective Learning in Simulation Healthcare Debriefing models for nurses on the measurable outcomes: cognitive skill acquisition, satisfaction, self-confidence, and facilitator performance. **Method:** A randomized trial with 34 nurses. The control group was led by the Structured and Supported Debriefing model, and the intervention group was led by the Promoting Excellence and Reflective Learning in Simulation Healthcare Debriefing model. The Simulation-Associated Debriefing Assessment Scale, the Debriefing Assessment for Simulation in Healthcare Scale, and the Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning Scale were administered. **Results:** There was significant improvement in cognitive ability in the control group for focus ($p=0.0444$), reflection ($p=0.0277$), and knowledge ($p=0.0056$). In the intervention group, there was significant improvement in embarrassment in front of colleagues ($p=0.0126$). There were no differences between groups in terms of satisfaction, self-confidence, and facilitator performance. **Conclusion:** Conducting debriefing without judgment enhances cognitive ability. Both debriefing models promote self-confidence and satisfaction and do not influence facilitator competence. Brazilian Clinical Trials Registry: RBR-8v4p3rs.

Keywords: Education. Simulation. Personal Satisfaction. Professional Competence.

RESUMEN

Objetivo: Comparar el impacto de los modelos de Debriefing Estructurado y Apoyado y de Promoción de la Excelencia y el Aprendizaje Reflexivo en Simulación de Atención Médica para enfermeras en los resultados medibles: adquisición de habilidades cognitivas, satisfacción, autoconfianza y desempeño del facilitador. **Método:** Ensayo aleatorizado con 34 enfermeras. El grupo control se administró con el modelo de Debriefing Estructurado y Apoyado, y el grupo de intervención con el modelo de Promoción de la Excelencia y el Aprendizaje Reflexivo en Simulación de Atención Médica. Se administraron la Escala de Evaluación de Debriefing Asociada a la Simulación, la Escala de Evaluación de Debriefing para Simulación en Atención Médica y la Escala de Satisfacción y Autoconfianza del Estudiante en el Aprendizaje. **Resultados:** Se observó una mejora significativa en la capacidad cognitiva del grupo control en cuanto a concentración ($p = 0,0444$), reflexión ($p = 0,0277$) y conocimiento ($p = 0,0056$). En el grupo de intervención, se observó una mejora significativa en la vergüenza frente a los compañeros ($p=0,0126$). No se observaron diferencias entre los grupos en cuanto a satisfacción, autoconfianza y desempeño del facilitador. **Conclusión:** Realizar sesiones informativas sin juicio mejora la capacidad cognitiva. Ambos modelos de sesiones informativas promueven la autoconfianza y la satisfacción, y no influyen en la competencia del facilitador. Registro Brasileño de Ensayos Clínicos: RBR-8v4p3rs.

Palabras clave: Educación. Simulación. Satisfacción Personal. Competencia Profesional.

1 INTRODUÇÃO

O uso da simulação clínica para enfermeiros tem evoluído, e conquistado seu espaço na área da saúde, principalmente para o desenvolvimento de habilidades da prática clínica⁽¹⁻²⁾ por despertar a motivação do aprendiz, ao possibilitar a reflexão sobre o conhecimento prévio e o adquirido após a experiência da simulação⁽³⁻⁴⁾.

Uma recente técnica de simulação, denominada *in situ*, tem sido utilizada para profissionais da área da saúde, com características que viabilizam maior fidelidade a capacitação, por ser realizada no próprio ambiente de trabalho⁽⁵⁾.

Com a possibilidade de ampliar a capacitação à toda equipe, utilizar equipamentos, medicações e materiais já disponíveis na rotina diária, além de avaliar aspectos organizacionais e da sistematização do atendimento, a simulação *in situ* é uma alternativa viável para capacitar profissionais de enfermagem das unidades hospitalares brasileiras⁽⁵⁻⁶⁾, pois estudos demonstraram que o método proporciona um sentimento de motivação que eleva a satisfação e autoconfiança com o processo de aprendizagem⁽⁷⁻⁸⁾.

Como componente chave do processo da simulação clínica, indiferente da técnica utilizada, destaca-se o *debriefing*, a etapa final da simulação, que consolida os objetivos de aprendizagem⁽⁹⁾. O *debriefing* em saúde após a simulação clínica, é o processo pelo qual o desempenho do participante é explorado por meio de uma conversa facilitada, com o objetivo de reflexão para promoção da aprendizagem contínua⁽⁴⁾. Esta reflexão, permite ao participante compreender seu próprio raciocínio, e as razões subjetivas de suas ações, a fim de replicar ou remodelar seu desempenho em cenários futuros⁽¹⁰⁾.

Algumas abordagens já foram estabelecidas para o *debriefing*, bem como aperfeiçoamentos para apoiar os facilitadores responsáveis por guia-lo, pois, considera-se como objetivo do facilitador, a condução de “gatilhos disparadores de reflexão”⁽¹⁰⁾.

Diferentes técnicas de *debriefing* tem sido proposta por pesquisadores, dentre as quais, destacam-se os modelos trifásicos (três fases), e os modelos multifásicos, conduzidos por quatro ou mais fases⁽¹⁰⁾. Dentre os modelos trifásicos, a *American Heart Association* (AHA)⁽¹¹⁾ uniu-se a *Winter Institute for Simulation, Education, and Research* (WISER) em 2009 para elaborar uma ferramenta estruturada, destinada ao ensino da temática ressuscitação cardiopulmonar, denominada *Structured and Supported Debriefing* e conhecido como G.A.S debriefing (G- Gather; A-analyze e S-sumarize)⁽¹²⁾.

Por esse motivo, a literatura aborda várias ferramentas de *debriefing* profundamente estruturadas por natureza, e reduz a capacidade dos facilitadores em adaptar a estruturação proposta, às necessidades reais dos objetivos de aprendizagem⁽¹³⁾.

Uma abordagem para o *debriefing*, nomeada *Promoting Excellence and Reflective Learning in Simulation* (PEARLS)⁽¹⁴⁾, foi próspera ao abordar essa inquietação. A ferramenta PEARLS *Healthcare Debriefing* é considerada multifásica, dividida em cinco etapas: definição do cenário, reações, descrição, análise e resumo. Seu maior diferencial, está na liberdade do facilitador poder conduzir a fase da análise do *debriefing*, de acordo com a necessidade do momento, por meio da autoavaliação, da advocacia/inquérito e/ou *feedback* diretivo⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Assim, cabe ao facilitador, designar o momento oportuno para utilizar cada uma delas.

No geral, pode-se teorizar que uma ajuda cognitiva útil deve promover a eficácia e o calibre do *debriefing*⁽¹⁵⁾, no entanto, são poucas as evidências que demonstram que uma ferramenta proporciona melhores resultados, ao compará-la com outras, quando destinada à profissionais de enfermagem já imersos no mercado de trabalho.

Por esse motivo, ao comparar duas abordagens de *debriefings*, por meio da medição de diferentes pontos de vista profissional, a literatura poderá contribuir para refinar uma melhor escolha da técnica, com relação à utilidade, na carga cognitiva percebida, impacto na aquisição de habilidades da tarefa que está sendo realizada e desempenho do *debriefing*.

O estudo teve como objetivo, comparar o impacto das ferramentas Structured and Supported Debriefing e Promoting Excellence and Reflective Learning in Simulation Healthcare Debriefing para enfermeiros, em relação aos resultados mensuráveis: aquisição de habilidade cognitiva, satisfação, autoconfiança e desempenho do facilitador.

2 MÉTODO

2.1 TIPO DO ESTUDO

Trata-se de estudo clínico, randomizado e monocego. Os participantes foram alocados por conveniência em dois grupos. O estudo foi relatado com base no Consolidated of Reporting Trials (CONSORT). O estudo está no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos sob código RBR-8v4p3rs.

2.2 POPULAÇÃO

A população inicial, do tipo não probabilística por conveniência, foi composta por 49 enfermeiros.

2.3 LOCAL

O estudo foi desenvolvido em um hospital de média complexidade do norte do Paraná, no período de dezembro de 2022 à fevereiro de 2023. A população inicial, do tipo não probabilística por conveniência, foi composta por 49 enfermeiros.

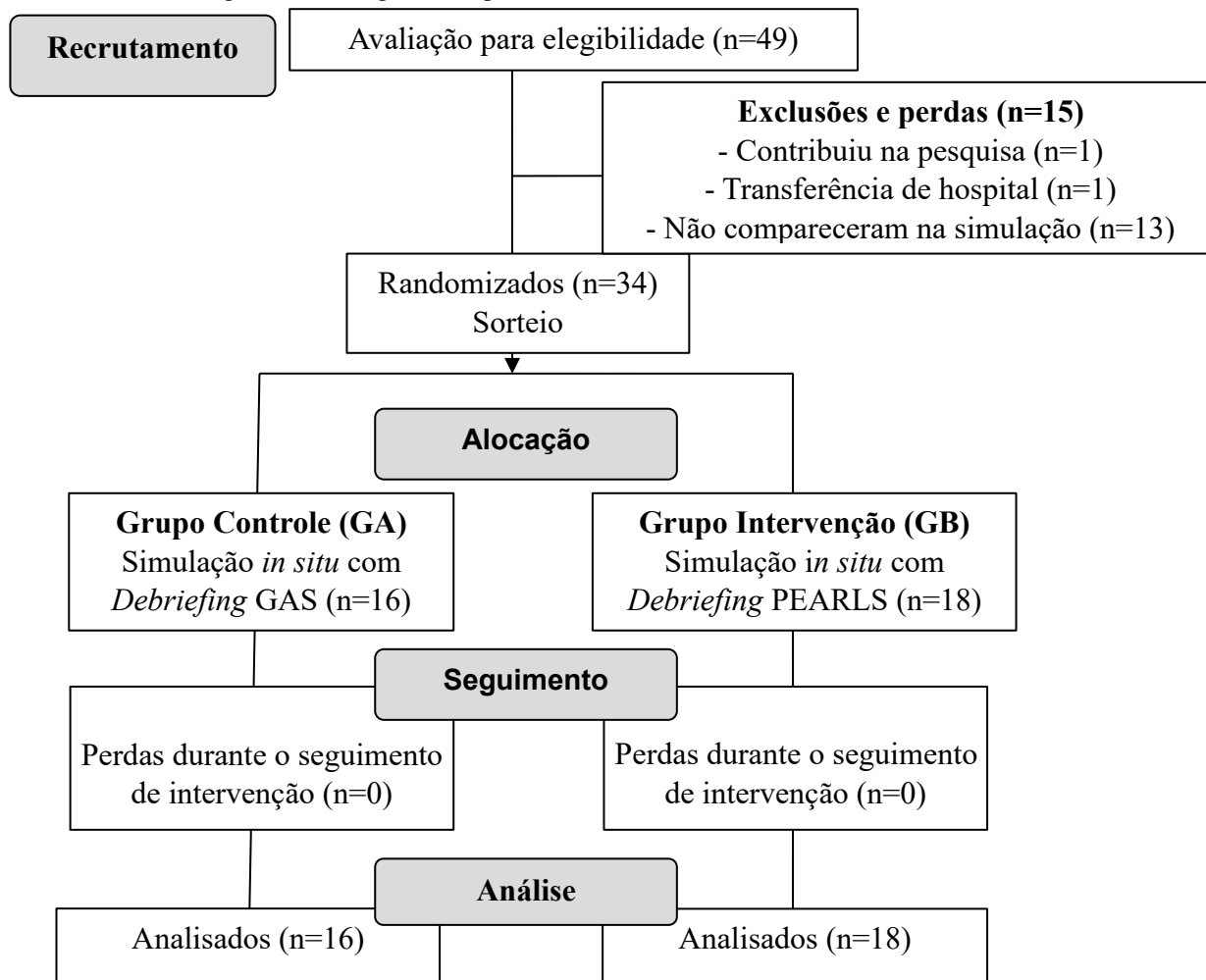
2.4 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

O critério de inclusão foi ser enfermeiro, nas funções assistencial ou administrativa, sem tempo mínimo na função. Vele ressaltar, que o convite também se estendeu aos enfermeiros em férias ou licença. Foram excluídos da pesquisa, o não cumprimento de todas as etapas do estudo (aula expositiva-dialogada, simulação, *debriefing*), ou fossem transferidos de hospital.

2.5 DEFINIÇÃO DA AMOSTRA

Foram elegíveis 49 enfermeiros em um primeiro momento para a aula expositiva-dialogada. Foram excluídos antes da randomização, os profissionais que contribuíram na pesquisa (n=1), transferidos de hospital (n=1), ou não compareceram para a simulação *in situ* (n=13). Desta forma, 34 enfermeiros foram randomizados em dois grupos. O Grupo controle (controle n=16) participou da simulação *in situ* do Suporte Avançado de Vida e, para a condução do *debriefing*, foi utilizada o modelo GAS *debriefing* e o Grupo B, (intervenção n=18) participou da *simulação in situ* do SAV e, para a condução do *debriefing*, o modelo PEARLS *Healthcare Debriefing* (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma adaptado do Consort – Londrina, PR, Brasil 2024.



2.6 COLETA DE DADOS

O recrutamento dos enfermeiros foi organizado pela própria coordenação e supervisão do hospital de estudo, dentro da jornada de trabalho de cada profissional, e acordado as datas e horários com as pesquisadoras. No dia o horário de cada intervenção, a coordenação entregava as pesquisadoras, uma lista contendo os nomes dos participantes.

A seguir, apresenta-se o passo-a-passo da capacitação com a estratégia da simulação. O estudo realizou duas intervenções: 1) aula expositiva-dialogada e 2) simulação clínica *in situ*, realizadas em dias separados.

Foram ofertadas dez oportunidades de participação da aula expositiva-dialogada, com diferentes datas e horários para todos os enfermeiros, sem número mínimo ou máximo para formação dos grupos, com a duração de uma hora. A temática abordada foi o Suporte Avançado de Vida Cardiológico para adultos da AHA (2020)⁽¹¹⁾ que também foi o referencial teórico deste estudo. Para

a realização do cenário simulado, também foi esperado que a equipe realizasse o atendimento da RCP seguindo o protocolo da AHA (2020) e considerado como qualidade de RCP, quando alcançado a velocidade e profundidade de compressões e ventilações propostas pelo protocolo.

Foi utilizada a Teoria Experiencial de *David Kolb* (1984) para a construção dos objetivos de aprendizagem e o desenvolvimento de competências, por ser considerada alicerce da simulação clínica no processo de ensino-aprendizagem⁽⁹⁾ e, *Jeffries Simulation Theory* ⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ para o planejamento e implementação do cenário, bem como a avaliação da simulação.

Houve a formação de oito grupos, com no mínimo quatro e no máximo seis participantes, conforme é orientado pela American Heart Association (2020), distribuídos por conveniência e aleatoriamente, conforme a disponibilidade dentro da jornada de trabalho, após formados, os grupos eram randomizados. Prestes a iniciar a simulação, antes do *prebriefing*, a pesquisadora responsável pela randomização, portava dois envelopes brancos opacos em mãos, um deles com a informação “GRUPO A” ao grupo controle (*Debriefing* GAS) e o outro, “GRUPO B” que se referia ao grupo intervenção (*Debriefing* PEARLS), para que já se estabelecesse o modelo de *debriefing* utilizado após o cenário simulado. O grupo elegia um de seus participantes para a escolha do envelope.

A simulação *in situ* contou com as seguintes etapas: *prebriefing*, *briefing*, cenário simulado e *debriefing*.

O *prebriefing*, ocorreu dentro do cenário simulado, para apresentação dos materiais disponíveis para uso e a fidelidade do simulador de paciente. Neste momento, também foi realizado o pacto de ética entre a comunicação da equipe e não tirar dúvidas com a pesquisadora durante o atendimento, e realismo quanto ao simulador de paciente, sendo destinado dez minutos a essa etapa.

O *briefing* ocorreu no corredor do hospital, em cinco minutos, e foram verbalizados os seguintes objetivos do cenário: Identificar a parada cardiorrespiratória e realizar o suporte avançado de vida para enfermeiros (reanimação cardiopulmonar de qualidade (profundidade/velocidade de acordo com protocolo da AHA/2020); identificação de ritmos cardíacos; procedimento com via aérea avançada com máscara laríngea; e administração de drogas). O caso clínico foi apresentado: “Vocês são enfermeiros do pronto atendimento, quando em certo momento chega um veículo e desce uma mulher de aproximadamente 25 anos gritando por ajuda e relatando que sua avó, de 65 anos, teve vômitos acompanhados de dor no peito e falta de ar, então decidiram ir ao pronto atendimento, porém no caminho ela parou de responder. A paciente foi deslocada rapidamente até a sala de emergência e encontra-se desacordada. No momento, não há equipe médica no local então vocês como enfermeiros devem iniciar o atendimento conforme o protocolo da AHA (2020)” ⁽¹⁸⁾.

Após dez dias da aula expositiva-dialogada, a segunda etapa, foi a imersão dos participantes em cenário clínico simulado, dentro de uma sala equipada para emergências intra-hospitalar, contendo os seguintes materiais: simulador de régua de gases, umidificador, prolongamento; carrinho de emergência contendo: desfibrilador manual; gel condutor; eletrodos; esparadrapo; micropore; material de acesso venoso periférico; suporte de soro; equipo macrogotas; seringas de 3, 5, 10 e 20 ml; agulha 25x0,8; agulha 1,2x0,4; soro fisiológico; epinefrina; amiodarona; dispositivo bolsa-válvula-mascara; máscara laríngea; leito, lençóis; travesseiro, relógio de parede; escada e tábua torácica.

Foi utilizado um simulador de paciente de baixa fidelidade da *laerdal*®, que permite identificar a profundidade e velocidade das compressões torácicas por meio de um indicador sonoro, além da efetividade da ventilação com dispositivo de pressão positiva, observada pela elevação torácica. Membros superiores foram adaptados ao simulador, para permitir a administração de medicamentos. Cada grupo teve 10 minutos para a realização do cenário. As dimensões estruturais do *design* do cenário foram validadas previamente⁽¹⁸⁾.

O *debriefing* era realizado logo após a atuação do grupo em cenário, em sala reservada, com uma única facilitadora, que possuía certificação *Advanced Cardiovascular Life Support* (2020), experiência em urgência e emergência e expertise em *debriefing*. Uma única facilitadora conduzia os *debriefings* de acordo com a randomização realizada previamente. Foi utilizado o modelo *Promoting Excellence and Reflective Learning in Simulation (PEARLS) Healthcare Debriefing Tool* traduzida para o português, como auxílio cognitivo para a condução dos participantes que formavam o Grupo Intervenção⁽¹⁴⁾.

Já para o Grupo controle, o GAS *debriefing* foi conduzido segundo os passos de Nascimento et al. (2021)⁽¹²⁾ por apresentar os conteúdos necessários para planejar e executar cada fase.

Indiferente da ferramenta de *debriefing*, os objetivos do cenário foram retomados, e os profissionais foram convidados a expressar seus sentimentos, tomada de decisão, dinâmica do atendimento e estimulados ao pensamento clínico, crítico e reflexivo considerando suas potencialidades e fragilidades. Para este momento, foi acordado o tempo mínimo de 20 minutos e máximo de 50 minutos.

A habilidade cognitiva foi mensurada por meio da Escala de Avaliação do *Debriefing* Associado à Simulação (EADaS), com valor Alfa de Cronbach 0,899⁽¹⁹⁾. Para a avaliação da satisfação e autoconfiança, foi utilizada a escala de Satisfação dos estudantes e autoconfiança na aprendizagem, com alfa de Cronbach 0,94 para a sub-escala de satisfação e 0,87 para a sub-escala de autoconfiança⁽²⁰⁾. Todos os itens da “dimensão afetivo” foram invertidos, pois o sentido conceitual se encontra oposto ao dos restantes itens para o cálculo da pontuação, de modo que o 5 passa a ser 1, e o 4 passa a ser 2.

O desempenho da facilitadora foi mensurado usando a versão do aluno da *escala Debriefing Assessment for Simulation in Healthcare* (DASH), com Alfa de Cronbach 0,82, versão curta do estudante⁽²¹⁾.

2.7 ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados foram tabulados utilizando o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0. Para avaliar se houve diferença significativa entre os grupos, foi utilizado o *teste Exato de Fisher* para a comparação entre os percentuais dos grupos e o *teste não-paramétrico de Wilcoxon* para a comparação das medidas contínuas, e a apresentação do *p-value*, pelo qual pode-se concluir que existe diferença significativa quando este for $< 0,05$.

2.8 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa com seres humanos sob o parecer nº 7.047.002 e respeita a Resolução nº 466/2012. Os profissionais participaram da pesquisa mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

3 RESULTADOS

As características acadêmicas e profissionais dos grupos controle e intervenção estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1 - Medidas descritivas das características acadêmicas dos profissionais submetidos aos *debriefings* Structured and Supported Debriefing e Promoting Excellence and Reflective Learning in Simulation. Paraná, Brasil, 2024.

Característica	Resposta	Grupo A (GAS)	Grupo B (PEARLS)	p-value
Atuou previamente em setor de urgência e emergência	Sim	14 (87,5%)	16 (88,9%)	1,0000
	Não	2 (12,5%)	2 (11,1%)	
Certificação BLS da AHA/2020	Sim	5 (31,3%)	2 (11,1%)	0,2143
	Não	11 (68,8%)	16 (88,9%)	
Certificação ACLS da AHA/2020	Sim	5 (31,3%)	0 (0,0%)	*0,0157
	Não	11 (68,8%)	18 (100,0%)	
Conhece as novas diretrizes da AHA/2020	Sim	7 (43,8%)	7 (38,9%)	1,0000
	Não	9 (56,3%)	11 (61,1%)	

Participou diretamente de	Sim	15 (93,8%)	18 (100,0%)	0,4706
atendimento a PCR	Não	1 (6,3%)	0 (0,0%)	
Sente-se confiante para atuar em cenário de	Sim	13 (81,3%)	13 (72,2%)	0,6933
PCR	Não	3 (18,8%)	5 (27,8%)	
Já ouviu falar sobre Simulação Realística	Sim	5 (31,3%)	10 (55,6%)	0,1854
	Não	11 (68,8%)	8 (44,4%)	
Já participou de Simulação	Sim	3 (18,8%)	7 (38,9%)	0,2701
Realística	Não	13 (81,3%)	11 (61,1%)	

Legenda: BLS – *Basic Life Support*; ACLS – *Advanced Cardiovascular Life Support*; AHA – *American Heart Association*; PCR – Parada cardiorrespiratória.

Fonte: Dados da pesquisa.

A comparação dos grupos para as características acadêmicas e profissionais apresentou significância estatística apenas no item “Possuir o curso *Advanced Cardiovascular Life Support* (ACLS)”, que apesar de uma população de 34 participantes, apenas cinco destes possuírem a certificação, todos encontravam-se alocados no grupo controle.

A Tabela 2 apresenta a comparação da aquisição da habilidade cognitiva dos enfermeiros expostos ao *debriefing* GAS e PEARLS por meio de dimensões cognitiva, afetiva e psicossocial.

Tabela 2 - Comparação dos *debriefings* Structured and Supported Debriefing e Promoting Excellence and Reflective Learning in Simulation em relação a habilidade cognitiva, por meio de médias \pm Desvio de padrão. Paraná, Brasil, 2023

Item	Dimensão	Grupo A (GAS)	Grupo B (PEARLS)	p-value
Cognitivo				
1	Estruturar o meu pensamento	4,7 \pm 0,5	4,6 \pm 0,7	0,7364
3	Aprender mais	4,9 \pm 0,3	4,5 \pm 0,9	0,1357
4	Me focar nos aspectos importantes da minha atuação	4,9 \pm 0,3	4,6 \pm 0,5	*0,0444
6	Refletir sobre as minhas competências	4,8 \pm 0,4	4,2 \pm 1,0	*0,0277
7	Identificação prioridades na atuação	4,7 \pm 0,5	4,5 \pm 0,6	0,3823
8	Melhor identificar os recursos a utilizar na atuação	4,4 \pm 1,0	4,3 \pm 0,7	0,4890
10	Aprofundar conhecimentos específicos relacionados a atuação	4,9 \pm 0,3	4,3 \pm 1,0	*0,0056
12	Identificar aspectos importantes que devo melhorar em atuações futuras	4,8 \pm 0,4	4,4 \pm 0,6	0,0544
13	Desenvolver competências para tomada de decisão acertadas	4,7 \pm 0,5	4,6 \pm 0,5	0,4363
Afetivo				
2	Me envergonhar frente aos colegas	5,0 \pm 0,0	4,4 \pm 1,1	*0,0126
5	Me deixar muito ansioso/estressado	4,5 \pm 0,7	4,2 \pm 1,1	0,5581
9	Me humilhar frente aos outros	5,0 \pm 0,0	4,7 \pm 1,0	0,0923
11	Me deixar em pânico só de pensar em ter de atuar de novo em numa situação semelhante	4,7 \pm 1,0	4,8 \pm 0,5	0,7793

14	Criar conflitos na equipe	4,9 ± 0,3	4,8 ± 0,4	0,1960
15	Não querer participar em nenhuma simulação	4,9 ± 0,3	4,8 ± 0,4	0,4646
18	Eu me sentir incompreendido	4,9 ± 0,3	4,7 ± 0,6	0,1008
20	Eu me sentir desrespeitado	4,9 ± 0,3	4,9 ± 0,3	0,6231
24	Eu me sentir que foi uma perda de tempo	4,9 ± 0,3	5,0 ± 0,0	0,2888
29	Eu ter medo de atuar no futuro em situações semelhantes	4,8 ± 0,4	4,6 ± 0,6	0,5429
31	Bloquear meu raciocínio	4,7 ± 0,9	4,1 ± 1,3	0,0591
34	Baralhar as minhas ideias a respeito da atuação	4,3 ± 1,5	4,1 ± 1,1	0,1883
Psicossocial				
16	Aumentar a minha auto-confiança	4,3 ± 0,9	4,2 ± 0,9	0,5135
17	Desenvolver competências de liderança	4,5 ± 0,6	4,4 ± 0,7	0,6565
19	Aumentar o potencial de trabalho em equipe	4,6 ± 0,6	4,1 ± 1,2	0,2789
21	Eu me sentir realizado	4,5 ± 0,9	3,7 ± 1,2	*0,0239
22	Reforçar a minha iniciativa em situações futuras	4,8 ± 0,4	4,3 ± 1,0	*0,0484
23	Desenvolver minha relação de ajuda	4,4 ± 1,1	4,2 ± 0,8	0,1612
25	Reforçar a minha autonomia para atuar como futuro enfermeiro	4,5 ± 0,8	4,4 ± 0,6	0,5293
26	Identificar dificuldades na minha atuação	4,4 ± 1,0	4,2 ± 0,6	0,1161
27	Promover a auto-consciência (conhecer as próprias emoções)	4,2 ± 1,2	4,3 ± 0,6	0,5072
28	Eu me sentir no centro do processo formativo	3,9 ± 1,3	3,9 ± 1,0	0,7027
30	Melhorar a minha capacidade de gerir emoções	4,0 ± 1,2	4,2 ± 0,4	0,7589
32	Eu sentir orgulho por ser capaz de executar muitas intervenções corretamente	4,6 ± 0,8	4,2 ± 0,7	0,0519
33	Eu sentir orgulho por ser capaz de executar minhas intervenções corretamente	4,7 ± 0,8	4,4 ± 0,6	*0,0480

As pontuações de cada elemento variam de: Discordo completamente (1); discordo (2); nem concordo nem discordo (3); concordo (4), e concordo completamente (5).

Na dimensão cognitiva, houve significância estatística com predomínio das maiores médias no Grupo controle, nos itens “Refletir sobre as minhas competências”, “Me focar nos aspectos importantes da minha atuação” e “Aprofundar conhecimentos específicos relacionados a atuação”. Na dimensão psicossocial, a significância estatística também foi identificada no Grupo controle, nos itens “Eu me sentir realizado”, “Reforçar a minha iniciativa em situações futuras” e “Eu sentir orgulho por ser capaz de executar minhas intervenções corretamente”. Já na dimensão afetiva, o item “Me envergonhar frente aos colegas” apresentou significância com maior média para o Grupo intervenção.

A Tabela 3 apresenta a comparação dos *debriefings* GAS e PEARLS, quanto o desenvolvimento de satisfação e autoconfiança com a aprendizagem, logo após a realização do *debriefing*.

Tabela 3 - Comparação dos Grupos controle e intervenção para a Satisfação e autoconfiança na aprendizagem após o *debriefing*. Paraná, Brasil, 2024

Questão	Dimensão	Grupo A	Grupo B	p-value
Satisfação com a aprendizagem atual				
1	Os métodos de ensino utilizados nesta simulação foram úteis e eficazes.	4,7 ± 0,5	4,6 ± 0,6	0,8161
2	A simulação forneceu-me uma variedade de materiais didáticos e atividades para promover a minha aprendizagem do currículo suporte avançado de vida	4,4 ± 0,6	4,6 ± 0,5	0,4391
3	Eu gostei do modo como meu facilitador ensinou através da simulação	4,5 ± 0,6	4,5 ± 0,6	0,9843
4	Os materiais didáticos utilizados nesta simulação foram motivadores e ajudaram-me a aprender.	4,7 ± 0,5	4,3 ± 0,7	0,0611
5	A forma como o meu facilitador ensinou através da simulação foi adequada para a forma como eu aprendo	4,7 ± 0,5	4,5 ± 0,5	0,2747
A autoconfiança na aprendizagem				
6	Estou confiante de que domino o conteúdo da atividade de simulação que meu facilitador me apresentou	4,0 ± 0,6	4,2 ± 0,5	0,2887
7	Estou confiante que esta simulação incluiu o conteúdo necessário para o domínio do currículo suporte avançado de vida	4,4 ± 0,5	4,6 ± 0,6	0,2546
8	Estou confiante de que estou desenvolvendo habilidades e obtendo os conhecimentos necessários a partir desta simulação para executar os procedimentos necessários em um ambiente clínico	4,7 ± 0,5	4,4 ± 0,6	0,2371
9	O meu facilitador utilizou recursos úteis para ensinar a simulação	4,7 ± 0,5	4,5 ± 0,6	0,3823
10	É minha responsabilidade como profissional aprender o que eu preciso saber através da atividade de simulação	4,8 ± 0,4	4,8 ± 0,4	0,8511
11	Eu sei como obter ajuda quando eu não entender os conceitos abordados na simulação	4,4 ± 0,7	4,7 ± 0,5	0,3967
12	Eu sei como usar atividades de simulação para aprender habilidades	4,3 ± 0,7	4,3 ± 0,6	0,9847
13	É responsabilidade do facilitador dizer-me o que eu preciso aprender na temática desenvolvida na simulação durante a aula.	3,8 ± 1,2	3,9 ± 1,3	0,6229

As pontuações para cada elemento variaram de: Discordo fortemente da afirmação (1), Discordo da afirmação (2), Indeciso - nem concordo e nem discordo com a afirmação (3), Concordo com a afirmação (4), Concordo fortemente com a afirmação (5).

De modo geral, desconsiderando a declaração 13, as respostas Concordo (4) e Concordo fortemente (5) ficaram todas acima de 88.2%. Com a comparação dos grupos, foi possível observar que não há diferença nos níveis de satisfação e autoconfiança de enfermeiros que participam do modelo de *debriefing* PEARLS versus GAS *debriefing*.

Os elementos da escala *Debriefing Assessment for Simulation in Healthcare* (DASH), avaliaram a qualidade do desempenho do facilitador no momento do *debriefing*, e estão apresentadas na tabela a seguir (Tabela 4).

Tabela 4 - Comparação das pontuações da escala *Debriefing Assessment for Simulation in Healthcare* para os modelos de *debriefing* Structured and Supported *Debriefing* e Promoting Excellence and Reflective Learning in Simulation. Paraná, Brasil, 2024

Elemento	Grupo A	Grupo B	p-value
1 O facilitador preparou o cenário para uma experiência envolvente de aprendizagem	6,6 ± 0,6	6,4 ± 0,7	0,4221
2 O facilitador manteve um ambiente envolvente para a aprendizagem	6,8 ± 0,4	6,8 ± 0,5	0,9377
3 O facilitador estruturou o <i>debriefing</i> de forma organizada	6,8 ± 0,4	6,4 ± 0,6	0,1226

4 O facilitador provocou discussões profundas que o levaram a refletir sobre o seu desempenho	6,4 ± 1,5	6,5 ± 0,7	0,6379
5 O facilitador identificou o que fizemos melhor e pior – e porquê	6,8 ± 0,4	6,6 ± 0,7	0,4557
6 Ajudou os participantes a perceber como podem melhorar ou manter um bom desempenho	6,9 ± 0,3	6,7 ± 0,6	0,4345

As pontuações para cada elemento variaram de: Extremamente ineficaz (1), consistentemente ineficaz (2), Ineficaz (3), pouco eficaz (4), Bastante eficaz (5), Consistentemente eficaz (6), Extremamente eficaz (7).

Não houve diferença significativa entre os grupos para a escala DASH ($p\text{-values} > 0,05$), o que confirma que diferentes modelos de *debriefing* não justificam um melhor ou pior desempenho por parte do facilitador. As médias compartilharam a mesma opinião de um *debriefing* “consistentemente eficaz (6)”, e/ou “extremamente eficaz (7)”.

4 DISCUSSÃO

Neste estudo houve significância estatística do grupo controle, conduzido pelo GAS *debriefing*, quando comparada a habilidade cognitiva, demonstrando que o *debriefing* com estruturação trifásica, com o objetivo de colocar o participante no centro da aprendizagem, sem momentos de *feedback* diretivo, proporciona um maior impacto cognitivo destinado a profissionais já imersos no mercado de trabalho. Os resultados também deixam claro que, independentemente da ferramenta de *debriefing* utilizada, foram encontradas elevadas médias nas dimensões cognitiva, afetiva e psicossocial, mostrando que a simulação *in situ* é uma metodologia, que pode ser destinada a enfermeiros do ambiente intra-hospitalar.

Foram encontrados em ambos os grupos, profissionais experientes no setor de urgência e emergência, com sentimento de confiança para imersão em cenários reais de Reanimação Cardiopulmonar (RCP). No entanto, a maioria, afirmou não estar capacitado teoricamente quanto a temática das novas diretrizes da AHA (2020) ⁽¹¹⁾, o que descaracteriza a real confiança prática mencionada pelos participantes, pois a competência está relacionada a um trabalho intelectual e a qualificação confere valor às competências, atestando-as⁽¹⁾.

Dentre as competências esperadas de um enfermeiro, destaca-se o pensamento crítico como habilidade cognitiva fundamental para a tomada de decisão assertiva, relacionada à segurança da assistência prestada⁽²²⁻²³⁾. Dentre as habilidades cognitivas estão a análise, o discernimento, a busca por informações, explicações, inferências e interpretações, sendo que, todas essas ações, podem ser estimuladas durante o *debriefing*, considerado a fase fundamental da simulação clínica para o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo^(1,3-4).

Quando comparada a habilidade cognitiva entre grupos, o Grupo controle que recebeu o modelo GAS *debriefing* apresentou significância estatística na dimensão do valor cognitivo nos itens “Me focar nos aspectos importantes da minha atuação”, “refletir sobre minhas competências”, “Aprofundar conhecimentos específicos relacionados a atuação” e pontuação próximo de significância no item “Identificar aspectos importantes que devo melhorar em atuações futuras”. Na dimensão valor psicossocial também houve significância estatística do Grupo controle, nas habilidades em “Reforçar a minha iniciativa em situações futuras”, “Eu me sentir realizado”, “Reforçar a minha iniciativa em situações futuras”, “Eu sentir orgulho por ser capaz de executar minhas intervenções corretamente”.

Resultados semelhantes também foram encontrados em estudo com profissionais do ambiente extra-hospitalar sobre a mesma temática, ratificando que uma ferramenta de *debriefing* sem julgamentos, coloca o profissional como o responsável por seu aprendizado e aumenta as habilidades cognitiva, social e afetiva ⁽⁴⁾. Pode-se inferir que, o profissional capaz de “tirar lições da experiência” possui o dom de usufruir de novos desafios como oportunidade de saberes, e não se contenta apenas com a prática, mas está à procura de teorias e de embasamentos que validem sua conduta.

Na dimensão valor afetivo, destaca-se que todos os itens foram invertidos, pois o sentido de suas respostas encontra-se opostas aos dos restantes itens. Nesta, as afirmativas “Me envergonhar frente aos colegas pelos meus erros” apresentou uma média significativamente menor no grupo exposto ao *debriefing* PEARLS, em que um dos participantes concordou totalmente, dois concordaram e três nem concordo nem discordo com a afirmação, enquanto no grupo controle todos discordaram da afirmação. A questão “Bloquear meu raciocínio” ficou com resultado próximo do valor de corte de significância, indicando uma tendência de diferença também com menor pontuação no Grupo intervenção.

Para estudantes da área da saúde, o *feedback* diretivo é um dos componentes principais da avaliação formativa, sendo essa estratégia bem aceita por discentes, que culturalmente aceitam críticas e requerem que o *feedback* seja transmitido com mais frequência em cenários práticos⁽²⁴⁾. Em contrapartida, em razão do resultado encontrado pela pesquisa no quesito dimensão afetiva, acredita-se que profissionais de saúde já operantes do trabalho há anos, tem predileção por momentos reflexivos que não utilizem o *feedback* ou a advocacia-inquérito como estratégia educacional, pois existe a afirmativa de se sentirem envergonhados perante os demais colegas de trabalho, ou até mesmo com o sentimento de bloqueio do raciocínio quanto expostos a determinadas interrogações.

Em estudo realizado com enfermeiros⁽⁴⁾, as três dimensões (cognitivo, afetivo e psicossocial), apresentaram pontuação maior ao conduzir o *debriefing* com a ferramenta GAS *debriefing*. Esses

resultados confirmam a predileção de enfermeiros, por uma condução sem julgamentos, *feedback* ou advocacia-inquérito.

Ao avaliar a satisfação e a autoconfiança para a realização do suporte avançado de vida, verificou-se que indiferente do modelo de *debriefing* utilizado, ambos os grupos se sentiram confiantes e realizados ao demonstrar percentuais dos itens de Concordo e Concordo fortemente acima de 94.1%. Quanto a média 3,8 e 3,9 encontradas no item 13, que faz a declaração “É responsabilidade do facilitador dizer-me o que eu preciso aprender na temática desenvolvida na simulação durante a aula”, acredita-se que o profissional se difere do estudante, ao colocar-se como o responsável por sua própria aprendizagem.

Assim como esse, outros estudos também confirmam que a simulação *in situ* atribui maiores *scores* de satisfação e autoconfiança de profissionais da área da saúde para imersão futura em cenários reais de emergência^(6-7,23).

Sendo o *debriefing* um dos momentos mais importantes desenvolvido pelo facilitador, cabe a ele, proporcionar um ambiente acolhedor e com segurança psicológica, para que a experiência do participante seja transformada em competência, este, deve estar preparado para exercer a atividade proposta e alcançar os objetivos de aprendizagem⁽²⁵⁾. Para isso, a ferramenta DASH - *Debriefing Assessment for Simulation in Healthcare*, tem sido utilizada em estudos na área da saúde⁽²¹⁾ para acompanhar o desenvolvimento do facilitador.

A qualidade do desempenho do *debriefing* está relacionada à avaliação de quem o conduziu, e se ele oferece ou não uma experiência envolvente, organizada e reflexiva em um contexto psicologicamente seguro⁽¹³⁾.

Este estudo corrobora com a importância da simulação clínica associada ao momento do *debriefing* no processo de ensino/aprendizagem de profissionais de enfermagem⁽³⁻⁴⁾. Recomenda-se que, a estratégia da simulação *in situ* do suporte avançado de vida seja implementada com maior frequência para enfermeiros do âmbito intra-hospitalar, visto que é frequente a ocorrência dessa emergência na prática clínica, e que enfermeiros qualificados possuem autonomia científica e prática para a liderança deste cenário.

Foram consideradas limitações do estudo, o diminuto de participantes, devido ao fato das capacitações terem sido realizadas durante a jornada de trabalho. Ademais, a realização da investigação em uma única instituição hospitalar, mesmo que em diferentes setores, impõe dificuldades para generalização dos achados. Assim sendo, estudos futuros do tipo ensaios prospectivos são necessários para mensurar de modo mais concreto o impacto que diferentes modelos de *debriefing* podem exercer sobre a retenção do conhecimento profissional ao longo de um período.

5 CONCLUSÃO

O grupo controle (GAS *debriefing*) obteve destaque com médias estatisticamente significativas para a aquisição da habilidade cognitiva, observado pelas dimensões cognitivo, afetivo e psicossocial, revelando a importância de uma condução sem julgamentos. Quanto a satisfação e autoconfiança profissional, e a avaliação do *debriefing* conduzido pelo facilitador, não houve significância estatística entre os grupos, entretanto, o grupo controle também apresentou médias superiores na maioria das variáveis de ambas as escalas, em comparação ao grupo intervenção.

Este estudo contribuiu para o ensino, pesquisa e a assistência prestada pela enfermagem, por mostrar que independentemente do modelo de *debriefing* utilizado, quando bem conduzido pelo facilitador, a simulação clínica representa uma estratégia pedagógica que pode possibilitar o desenvolvimento e aprimoramento de competências para imersão do suporte avançado de vida.

Espera-se que a comparação de duas abordagens estruturadas para explorar ajudas cognitivas, satisfação e autoconfiança e o desempenho do facilitador, ofereça um modelo para pesquisas futuras, bem como refinamento e desenvolvimento de novas ferramentas.

REFERÊNCIAS

1. Moreira ACMG, Oliveira TMN, Pereira MGN, Pincerati CLA, Menolli GA, Martins EAP. Development of clinical competence by undergraduate students in simulation based teaching: quasi-experimental study. Online Braz J Nurs. 2023;22:e20236629. <https://doi.org/10.17665/1676>
2. Rocco KMW, Pereira MGN, Almeida CL, Haddad MC, Martins EAP. *Realistic simulation as a training strategy for the health team*. Enfermeria (Montev.). 2023;12(2):e3329.doi: 10.22235/ech.v12i2.3329.
3. Pereira EVS, Pereira MGN, Rocco KMW, Oliveira TMN, Martins EAP. Avaliação do cenário simulado para atendimento com dispositivo extraglótrico por enfermeiros. Contrib Cien Soc. 2024;17(9):01-15. doi:<https://doi.org/10.55905/revconv.17n.9-071>
4. Oliveira TMN, Dellaroza MSG, Martins EAP. Avaliação do debriefing na simulação realística da reanimação cardiopulmonar para profissionais socorristas. Int of Dev Res. 2021;11(05):e4707747081. doi: <https://doi.org/10.37118/ijdr.21966.05.2021>
5. Bassi MVM, Oliveira TMN, Rocco KMW, Pereira MGN, Ravagnani PAL, Menolli GA, et al. Comparação de dois modelos de debriefings na simulação in situ para enfermeiros. Rev. Enferm. Contemp. 2024;4(5). doi: <https://doi.org/10.56083/RCV4N5-213>.
6. Santos MMCJ, Lima SF, Vieira CFG, Slullitel A, Santos ECN, Júnior GAP. *In situ simulation and its different applications in healthcare: an integrative review*. Rev. bras. educ. med. 2023;47(04). doi:<https://doi.org/10.1590/1981-5271v47.4-2022-0196>
7. Almeida CL, Silva DA, Martins EA. P. La simulación realista como estrategia de enseñanza-aprendizaje en la atención inicial a las víctimas de trauma. RIAAE. 2024;19(00):e024033. doi: <https://doi.org/10.21723/riaee.v19i00.18267>
8. Mroczinski AL, Gomes DP, Rosales RH, Lino RLB, Garbuio DC. Effect of cardiopulmonary resuscitation training on knowledge, satisfaction and selfconfidence in learning of nurses: a quasi-experimental study.Rev. Eletr. Enferm. 2023;25:74071. <https://doi.org/10.5216/ree.v25.74071>
9. Bresolin P, Martini JG, Maffissoni AL, Sanes MDS, Riegel F, Unicovsky MAR. Debriefing in clinical nursing simulation: an analysis based on the theory of experiential learning. Rev Gaucha Enferm. 2022; 26(43):e20210050. doi: 10.1590/1983-1447.2022.20210050. PMID: 36043639.
10. Nascimento JSG, Oliveira JLG, Alves MG, Braga FTMM, Góes FSN, Dalri MCB. Debriefing methods and techniques used in nursing simulation. Rev Gaúcha Enferm. 2020;41:e20190182. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190182>. PMID: 32294726
11. American Heart Association. Guidelines Advanced Cardiovascular Life Support, 2020. [Internet]. Disponível em: https://cpr.heart.org/-/media/cpr-files/cpr-guidelines-files/highlights/hghlghts_2020_ecc_guidelines_english.pdf

12. Nascimento JSG, Pires FC, Nascimento KG, Regino SG, Alves MG, Oliveira JLG et al. Analysis of a debriefing method for simulating cardiopulmonary resuscitation: an integrative review. REAEnf [Internet]. 2021;13. doi:<https://doi.org/10.25248/reaenf.e8777.2021>
13. Meguerdichian M, Bajaj K, Ivanhoe R, Lin Y, Sloma A, de Roche A *et al.* Impact of the PEARLS Healthcare Debriefing cognitive aid on facilitator cognitive load, workload, and debriefing quality: a pilot study. *Adv Simul (Lond)*. 2022;7(1):40, dezembro 2022. doi: 10.1186/s41077-022-00236-x. PMID: 36503623. PMCID: PMC9743573.
14. Eppich W, Cheng A. Promoting excellence and reflective learning in simulation (PEARLS). *Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare*. Simul Healthc. 2015;10(2):106-15. PMID: 25710312. doi: 10.1097/SIH.0000000000000072.
15. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. Manual de Simulação Clínica para Profissionais de Enfermagem/ Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. - São Paulo-SP, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/manual-simulacao-clinica-profissionais-enfermagem.pdf>
16. Bryant K, Aebersold ML, Jeffries PR, Kardong-Edgren S. Innovations in Simulation: Nursing Leaders' Exchange of Best Practices. *Clin Simul Nurs*. 2020;41:33-40. doi: 10.1016/j.ecns.2019.09.002
17. Cowperthwait A. NLN/Jeffries Simulation Framework for Simulated Participant Methodology. *Clin Simul Nurs*. 2020;42:12-21. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2019.12.009>
18. Ravagnani PAL, Oliveira TMN, Rocco KMW, Pereira MGN, Silva MVM, Almeida CL, et al. Cardiopulmonary arrest: structural dimensions of a high-fidelity simulated clinical scenario. *EJCH [Internet]*. 2023;23(9):e13114. doi:<https://doi.org/10.25248/reas.e13114.2023>.
19. Coutinho VRD, Martins JCA, Pereira MFCR. Construction and Validation of the Simulation Debriefing Assessment Scale (EADaS). *Rev Enferm Ref*. 2014;4(2):41-50. doi: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1392>
20. Almeida RGS, Mazzo A, Martins JCA, Baptista RCN, Girão FB, Mendes IAC. Validation to Portuguese of the Scale of Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015;23(6):1007-13. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0472.2643>. PubMed PMID: 26625990.
21. Simom R, Raemer DB, Rudolph JW. Debriefing assessment for simulation in healthcare (DASH)© – Student Version, short form. Center for Medical Simulation, Boston, Massachusetts, 2010.
22. Luiz FS, Vasconcellos LJ, Barbosa ACS, Paiva ACPC, Santos KB, Sanhudo NF et al. Papel do pensamento crítico na tomada de decisão de enfermeiros: revisão integrativa. *EJCH [Internet]*. 2020;(38):e1763. doi:<https://doi.org/10.25248/reas.e1763.2020>
23. Silva RDB, Pereira MGN, Rocco KMW, Oliveira TMN, Martins EAP. Simulação Clínica Como Estratégia De Ensino-Aprendizagem Para Profissionais E Estudantes De Enfermagem:

Revisão Integrativa. *Braz. J. Implantol. Health Sci. [Internet]*. 2023;5(4):58–77.
<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n4p58-77>

24. Stagini S, Peres LVC. Percepções de docentes e discentes sobre feedback em estágios práticos no curso de medicina. *Rev. bras. educ. med.* 2021;45(3):e149.
doi:<https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.3-20200444>

25. Oliveira SN, Martini JG, Caravaca-Morera JA, Prado MLD, Canever BP, Bortolato-Major C, et al. Debriefing, a dialogical space for the development of reflective thinking in nursing. *Rev Gaucha Enferm.* 2024;5(45):e20230041. doi: 10.1590/1983-1447.2024.20230041.en. PMID: 38324881.