



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
INSTITUTO INTEGRADO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



KARINE SILVA FOGAÇA

**EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA COM A PRESENÇA DA FAMÍLIA NO
ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE
CENÁRIO DE SIMULAÇÃO**

CAMPO GRANDE/MS

2025

KARINE SILVA FOGAÇA

**EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA COM A PRESENÇA DA FAMÍLIA NO
ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE
CENÁRIO DE SIMULAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Saúde e Enfermagem

Grupo de Pesquisa: Laboratório de Estudos e Pesquisa em Intervenção Familiar (LEPIF)

Orientadora: Profa. Dra. Maria Angélica Marcheti

Coorientadora: Profa. Dra. Fernanda Ribeiro B. Marques

CAMPO GRANDE/MS

2025

KARINE SILVA FOGAÇA

**EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA COM A PRESENÇA DA FAMÍLIA NO
ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE
CENÁRIO DE SIMULAÇÃO**

Trabalho acadêmico apresentado ao
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
da Universidade Federal de Mato Grosso do
Sul, como requisito parcial à obtenção do título
de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem

Campo Grande, MS, 27 de Fevereiro de 2025.

Resultado:

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dra. Maria Angélica Marcheti (Presidente)
Instituto Integrado de Saúde
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)

Prof. Dra. Myriam Aparecida Mandetta (Membro titular)
Departamento de Enfermagem Pediátrica
Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Prof. Dr. Rodrigo Guimarães dos Santos Almeida (Membro titular)
Instituto Integrado de Saúde
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)

Prof. Dr. Mayckel da Silva Barreto (Membro suplente)
Departamento de Enfermagem da UEM
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

Prof. Dra. Elaine Cristina Fernandes Baez Sarti (Membro suplente)
Instituto Integrado de Saúde
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)

DEDICATÓRIA

*À minha mãe, **Marlene** (In memorian), que foi exemplo de fé, coragem e lealdade, sempre abdicou de si para construir a mulher que sou.*

*A meu filho, **Marco Antônio**, com amor, aprendizado e evolução.*

*A meu noivo **Douglas**, que esteve sempre ao meu lado, apoiando nos percalços, sempre com amor, dedicação e companheirismo, sendo o porto seguro nessa trajetória.*

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a **Deus** por me conceder forças, saúde e sabedoria para enfrentar os desafios desta caminhada. Sua presença constante me deu esperança e fé em cada etapa dessa jornada.

À **Nossa Senhora Aparecida**, de quem sou profundamente devota, expresso minha gratidão por sua intercessão e proteção. Em momentos de dificuldade, sua luz guiou meus passos e me proporcionou a paz necessária para continuar.

Agradeço ao meu filho, **Marco Antônio**, e ao meu noivo, **Douglas Piol**, que são minha base e força em todos os momentos. Vocês estiveram ao meu lado durante todo o percurso, oferecendo amor, paciência e incentivo, mesmo nos dias mais desafiadores. Sem vocês, nada disso seria possível.

À minha orientadora, Professora **Maria Angélica Marcheti**, expresso minha profunda gratidão por todo o suporte, confiança e orientação ao longo dessa jornada. Sua sabedoria, dedicação e disponibilidade foram essenciais para eu alcançar este momento. Desde o início, como líder do grupo de pesquisa, a professora me acolheu com carinho, sempre valorizando minha trajetória e estimulando meu crescimento como pesquisadora. Sou imensamente grata pelas inúmeras oportunidades que me proporcionou, além de sua solicitude e incentivo contínuos, que foram fundamentais para o meu desenvolvimento acadêmico e pessoal.

À minha coorientadora, Professora **Fernanda Ribeiro Baptista Marques**, agradeço imensamente por todo o apoio e pelas valiosas contribuições ao meu trabalho. Sua perspicácia e envolvimento trouxeram clareza e novas perspectivas para esta pesquisa.

Ao Professor **Rodrigo Guimarães dos Santos Almeida**, agradeço por sua ajuda ao longo do processo, tornando muitos dos obstáculos mais fáceis de superar. Sua generosidade e disponibilidade foram fundamentais para o desenvolvimento desta dissertação.

À Professora **Andréia Insabralde de Queiroz Cardoso**, expresso minha profunda gratidão por todo o auxílio ao longo deste caminho. Suas orientações, observações e sugestões foram de grande importância para o aprimoramento do meu trabalho. Sou muito grata por todas as conversas, debates, risadas e momentos compartilhados em nossas pesquisas. Você é, para mim, um exemplo inspirador de professora, pesquisadora e mulher. Obrigada por ter me acolhido com tanto carinho e por ser uma presença tão valiosa durante essa jornada.

Aos estimados membros da banca, **Dra. Myriam Aparecida Mandetta**, **Dr. Mayckell da Silva Barreto** e **Dra. Elaine Cristina Fernandes Baez Sarti**, minha mais sincera gratidão por compartilharem seu tempo, conhecimento e experiência ao longo deste percurso. Suas valiosas contribuições, reflexões e rigor acadêmico foram fundamentais para o aprimoramento desta dissertação. É uma honra contar com a avaliação de docentes tão respeitados e com

trajetórias inspiradoras na pesquisa.

Aos meus colegas do **LEPIF - Laboratório de Estudos e Pesquisas em Intervenção Familiar**, expresso minha gratidão por cada conversa, troca de ideias e apoio mútuo. A convivência com vocês tornou esse processo mais enriquecedor e produtivo.

Às minhas amigas e “irmãs”, **Aleyne Lins, Viviane Torquetti e Daniela Margotti**, meu sincero agradecimento. Vocês estiveram presentes nos momentos mais difíceis e alegres, sempre com palavras de encorajamento e carinho. Ter a amizade de vocês foi um presente durante essa caminhada.

À minha veterana, colega de trabalho e amiga, **Daniela Ávila**, sou imensamente grata por toda a ajuda e companheirismo ao longo deste percurso. Sua disposição para compartilhar conhecimento e experiências foi um diferencial para mim.

Um agradecimento especial aos meus amigos queridos, que se tornaram verdadeiros confidentes: **Gustavo, Gabriella Marti, Nur, Fernanda, Ana Beatriz e Natália**. Nossa amizade cresceu para além das paredes da universidade, e sua presença me trouxe apoio, consolo e muitas alegrias ao longo dessa jornada.

À minha turma de mestrado, agradeço por toda a parceria e apoio. Vocês fizeram com que essa jornada acadêmica fosse mais leve e colaborativa, o que certamente contribuiu para o meu crescimento.

À equipe da **Central de Regulação do SAMU** de Campo Grande, meu mais profundo reconhecimento. A convivência diária e o apoio de todos vocês foram fundamentais para que eu pudesse conciliar a rotina de trabalho com os desafios do mestrado.

A equipe de **Enfermagem do SAMU** de Campo Grande, por acreditar, contribuir e participar neste projeto: **Marcela, Talita, Paula Helena, Larissa, Maria Estela, Lucas, Edson, Elivelton, Edinaldo, Clarinês, Andréia, Simone, Viviane**.

Por fim, ao SAMU de Campo Grande, minha segunda casa, especialmente às Enfermeiras **Daniela Oshiro e Patrícia Gazal**, minha gratidão por todo o apoio e compreensão durante este período. A flexibilidade e o suporte oferecidos no ambiente de trabalho foram essenciais para que eu pudesse concluir este projeto com sucesso.

A todos os **professores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem**, agradeço por contribuírem com a minha formação e com a lapidação do projeto de mestrado.

À **Universidade Federal de Mato Grosso do Sul** e ao **Instituto Integrado de Saúde**, agradeço por serem minha casa ao longo desses anos.

Muito obrigada!

“É justo que muito custe o que muito vale”.

Santa Teresa D’Ávila

“ Seja forte e corajoso!

Não se desanime, pois, o Senhor, o seu Deus, estará com você por onde você andar”.

Josué 1:9

“Se a dor do outro não doer em mim, eu desconheço o amor”

Santa Teresinha do Menino Jesus.

“O que vale na vida não é o ponto de partida e sim a caminhada.

Caminhando e semeando, no fim terás o que colher”.

Cora Coralina

“Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina”

Cora Coralina

FOGAÇA, Karine Silva. **Emergência pediátrica com a presença da família no atendimento pré-hospitalar móvel: construção e validação de cenário de simulação**. Campo Grande-MS, 2025. 166 p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, 2025.

RESUMO

A presença da família no atendimento pediátrico hospitalar é considerada como uma prática benéfica, promovendo maior humanização e segurança no cuidado. Contudo, em procedimentos emergenciais, ainda tem sido objeto de discussões, mesmo validada por diretrizes internacionais. No contexto do atendimento pré-hospitalar móvel, a inclusão da família ainda enfrenta barreiras, sendo frequentemente vista como fonte de informações. No entanto, prevalece uma assistência técnica focada na vítima, e sua permanência durante os procedimentos depende da postura dos profissionais. A ausência de protocolos claros e treinamentos específicos representam desafios para a implementação da filosofia do Cuidado Centrado no Paciente e na Família, abordagem considerada ideal para assistência, cujo objetivo primordial visa promover a saúde e o bem-estar de indivíduos e famílias, envolvendo a família no planejamento, prestação e avaliação dos cuidados. Para viabilizar essa prática, é necessário promover a presença ativa da família durante o atendimento, estabelecer protocolos direcionados e designar profissionais capacitados para garantir uma comunicação efetiva com os familiares. A educação permanente, baseada na aprendizagem significativa e em estratégias pedagógicas inovadoras, como a simulação clínica, destaca-se como uma ferramenta para capacitação das equipes, fortalecendo a implementação dessa filosofia do cuidado. Nesse contexto, o enfermeiro assume o papel de educador e elo da equipe. Com o intuito de preencher essa lacuna, este estudo teve como objetivo construir e implementar uma intervenção educacional para profissionais de enfermagem no contexto pré-hospitalar móvel, com ênfase no atendimento emergencial pediátrico centrado na família. Realizou-se um estudo metodológico em quatro etapas: 1) Revisão de Escopo, ancorada no referencial do JBI, com a questão norteadora: Como tem sido o processo de interação familiar nos treinamentos de simulação clínica para socorristas no contexto emergencial pediátrico? As buscas foram conduzidas de janeiro a março de 2024, sem limitação de idioma e ano. 2) Construção do Cenário de Simulação, fundamentada nas principais recomendações da literatura nacional e internacional sobre a temática e o arcabouço estrutural do constructo a partir das diretrizes da International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning e no modelo teórico para simulação clínica. 3) Validação do Cenário por Especialistas: realizou-se a validação do cenário em aparência e conteúdo, conduzida por 12 enfermeiros especialistas na temática, de diversas regiões do Brasil, selecionados pelos critérios de Jasper. Para análise de concordância, foram utilizados o Coeficiente de Validade de Conteúdo com critério de aceitação superior a 0,80, o Índice de Validade de Conteúdo e o Índice de Concordância, ambos com ponto de corte mínimo de 0,90. Sugestões adicionais foram incorporadas para aprimoramento do instrumento. 4) Teste-piloto e validação da estrutura do cenário pelo público-alvo baseado na Escala de Design da Simulação. O estudo foi conduzido entre junho e outubro de 2024, no estado de Mato Grosso do Sul, Brasil. Os resultados da revisão de escopo indicaram que 60% das publicações analisadas são provenientes dos Estados Unidos, com todos os estudos realizados em hospitais; apenas 10% incluíram outras ambiências, sem foco exclusivo no atendimento pré-hospitalar. As simulações clínicas concentraram-se em treinamentos multiprofissionais com médicos, enfermeiros e fisioterapeutas (60%), enquanto 30% abordaram exclusivamente o treinamento de enfermeiros. Os cenários simulados destacam-se pela ênfase na reanimação pediátrica com a presença da família (40%). As evidências demonstram que as simulações são eficazes para

superar barreiras na inclusão da família, promovendo confiança e habilidades técnicas e comunicativas em ambientes controlados. Contudo, a interação dos profissionais com a família permanece secundária em treinamentos de emergências pediátricas, indicando necessidade de maior atenção. No processo de validação do cenário, duas rodadas Delphi confirmaram a validade e a concordância do instrumento, com Coeficiente de Validade de Conteúdo de 0,90, Índice de Validade de Conteúdo de 0,98 e Índice de Concordância de 90,6%, evidenciando robustez metodológica e relevância prática. As contribuições dos especialistas foram incorporadas, garantindo alinhamento ao contexto de aplicação. A avaliação do público-alvo destacou alta confiabilidade e aceitação, com Alfa de Cronbach de 0,90 e Índice de Concordância superior a 91%. Esses resultados reforçam a eficácia da simulação na capacitação em emergências pediátricas no pré-hospitalar, promovendo desenvolvimento técnico e integração de práticas centradas no paciente e na família, alinhadas ao cuidado humanizado. Este estudo amplia o conhecimento sobre o atendimento emergencial pediátrico, propondo caminhos para explorar o contexto pré-hospitalar e a inclusão de familiares durante a assistência. Reforça a simulação clínica como ferramenta hábil para capacitação, com impacto positivo na confiança profissional e na comunicação. A validação do instrumento desenvolvido representa um avanço significativo, promovendo habilidades alinhadas ao cuidado centrado no paciente e na família. Os resultados destacam a necessidade de expandir a simulação ao pré-hospitalar, contribuindo para a humanização e a qualidade do atendimento pediátrico emergencial.

Palavras-chave: Socorristas; Serviços Médicos de Emergência; Enfermagem Familiar; Criança; Treinamento por Simulação; Educação Continuada em Enfermagem.

FOGAÇA, Karine Silva. **Pediatric emergency with the presence of the family in mobile pre-hospital care: construction and validation of a simulation scenario**. Campo Grande, MS, 2025. 166 p. Dissertation (Master's) - Postgraduate Program in Nursing, Federal University of Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, 2025.

ABSTRACT

The presence of the family in pediatric hospital care is considered a beneficial practice, promoting greater humanization and safety in care. However, in emergency procedures, it remains a topic of debate, even when validated by international guidelines. In the context of mobile pre-hospital care, the inclusion of the family still faces barriers, often being seen as a source of information. Nonetheless, technical assistance focused on the victim prevails, and their presence during procedures depends on the professionals' stance. The absence of clear protocols and specific training represents challenges to implementing the philosophy of Patient and Family-Centered Care, an approach considered ideal for assistance, aiming to promote the health and well-being of individuals and families, involving the family in planning, delivering, and evaluating care. To make this practice feasible, it is necessary to promote the active presence of the family during care, establish directed protocols, and designate trained professionals to ensure effective communication with family members. Continuous education, based on meaningful learning and innovative pedagogical strategies such as clinical simulation, stands out as a tool for team training, strengthening the implementation of this care philosophy. In this context, the nurse plays the role of educator and team liaison. To address this gap, this study is aimed at designing and implementing an educational intervention for nursing professionals in the mobile pre-hospital context, with an emphasis on family-centered pediatric emergency care. A methodological study was carried out in four stages: 1) Scoping Review, anchored in the JBI framework, guided by the question: How has the process of family interaction been in clinical simulation training for first responders in the pediatric emergency context? Searches were conducted from January to March 2024, without language or year limitations. 2) Simulation Scenario Design, based on the main national and international literature recommendations on the topic and the construct's structural framework following the guidelines of the International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning and on the theoretical model for clinical simulation. 3) Scenario Validation by Experts, with validation of the scenario in form and content carried out by 12 expert nurses in the field from various regions of Brazil, selected according to Jasper's criteria. For agreement analysis, the Content Validity Coefficient with an acceptance criterion above 0.80, the Content Validity Index, and the Agreement Index, both with a minimum cut-off point of 0.90, were used. Additional suggestions were incorporated to improve the instrument. 4) Pilot Test and Scenario Structure Validation by the Target Audience based on the Simulation Design Scale. The study was conducted between June and October 2024 in Mato Grosso do Sul, Brazil. The scoping review results indicated that 60% of the analyzed publications were from the United States, with all studies conducted in hospitals; only 10% included other settings, with no exclusive focus on pre-hospital care. Clinical simulations focused on multiprofessional training with doctors, nurses, and physical therapists (60%), while 30% exclusively addressed nurse training. Simulated scenarios stood out for emphasizing pediatric resuscitation with family presence (40%). Evidence shows that simulations effectively overcome barriers to family inclusion, promoting confidence and technical and communication skills in controlled environments. However, professional interaction with the family remains secondary in pediatric emergency training, indicating a need for greater attention. In the scenario validation process, two Delphi rounds confirmed the instrument's validity and agreement, with a Content Validity Coefficient

of 0.90, a Content Validity Index of 0.98, and an Agreement Index of 90.6%, demonstrating methodological robustness and practical relevance. Contributions from experts were incorporated, ensuring alignment with the context of application. The target audience's evaluation highlighted high reliability and acceptance, with a Cronbach's Alpha of 0.90 and Agreement Index above 91%. These results reinforce the effectiveness of simulation in training for pediatric emergencies in the pre-hospital context, promoting technical development and integration of patient- and family-centered practices, aligned with humanized care. This study expands knowledge about pediatric emergency care, proposing pathways to explore the pre-hospital context and the inclusion of family members during care. It reinforces clinical simulation as a skilled tool for training, positively impacting professional confidence and communication. The validation of the developed instrument represents a significant advance, promoting skills aligned with patient- and family-centered care. The results highlight the need to expand simulation to the pre-hospital context, contributing to the humanization and quality of pediatric emergency care.

Keywords: Emergency Responders, Emergency Medical Services, Family Nursing, Child, Simulation Training, Education Nursing Continuing

FOGAÇA, Karine Silva. **Urgencia pediátrica con presencia de la familia en la atención prehospitalaria móvil: construcción y validación de un escenario de simulación**. Campo Grande-MS, 2025. 166 p. Disertación (Maestría) - Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, 2025.

RESUMEN

La presencia de la familia en la atención pediátrica hospitalaria se considera una práctica beneficiosa, ya que promueve una mayor humanización y seguridad en el cuidado. Sin embargo, en procedimientos de emergencia, sigue siendo objeto de debate, incluso cuando está respaldada por directrices internacionales. En el contexto de la atención prehospitalaria móvil, la inclusión de la familia aún enfrenta barreras y se percibe con frecuencia como una fuente de información. No obstante, prevalece la asistencia técnica centrada en la víctima y su presencia durante los procedimientos depende de la actitud de los profesionales. La ausencia de protocolos claros y de formación específica plantea retos para la implementación de la filosofía de Atención Centrada en el Paciente y en la Familia, un enfoque considerado ideal para la asistencia, cuyo objetivo primordial es promover la salud y el bienestar de individuos y familias, involucrando a la familia en la planificación, prestación y evaluación de la atención. Para viabilizar esta práctica es necesario promover la presencia activa de la familia durante la atención, establecer protocolos específicos y designar profesionales capacitados para asegurar una comunicación efectiva con los familiares. La educación permanente, basada en el aprendizaje significativo y en estrategias pedagógicas innovadoras, como la simulación clínica, se destaca como una herramienta para la capacitación de equipos, fortaleciendo la implementación de esta filosofía de atención. En este contexto, el enfermero asume el papel de educador y nexo del equipo. Con el propósito de llenar esta laguna, este estudio tuvo como objetivo diseñar e implementar una intervención educativa para profesionales de enfermería en el contexto prehospitalario móvil, con énfasis en la atención de emergencia pediátrica centrada en la familia. Se llevó a cabo un estudio metodológico en cuatro etapas: 1) Revisión de Alcance, basada en el marco de referencia del JBI, con la pregunta orientadora: ¿Cómo ha sido el proceso de interacción familiar en los entrenamientos de simulación clínica para socorristas en el contexto de emergencia pediátrica? Las búsquedas se realizaron de enero a marzo de 2024, sin limitaciones de idioma o año. 2) Construcción del Escenario de Simulación, con base en las principales recomendaciones de la literatura nacional e internacional sobre el tema y el marco estructural del constructo basado en las directrices de la International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning y el modelo teórico de simulación clínica. 3) Validación del Escenario por Expertos: el escenario fue validado en apariencia y contenido, realizado por 12 enfermeros expertos en el tema, de diferentes regiones de Brasil, seleccionados según los criterios de Jasper. Para el análisis de concordancia se utilizó el Coeficiente de Validez de Contenido con criterio de aceptación superior a 0,80, el Índice de Validez de Contenido y el Índice de Concordancia, ambos con punto de corte mínimo de 0,90. Se incorporaron sugerencias adicionales para mejorar el instrumento. 4) Prueba piloto y validación de la estructura del escenario por parte del público objetivo con base en la Escala de Diseño de Simulación. El estudio se realizó entre junio y octubre de 2024, en el estado de Mato Grosso do Sul, Brasil. Los resultados de la revisión de alcance indicaron que el 60% de las publicaciones analizadas provenían de Estados Unidos, y todos los estudios se realizaron en hospitales; sólo el 10% incluyó otros entornos, sin un enfoque exclusivo en la atención prehospitalaria. Las simulaciones clínicas se centraron en la formación multidisciplinar con médicos, enfermeros y fisioterapeutas (60%), mientras que el 30% abordó exclusivamente la formación de enfermeros. Los escenarios simulados se destacan por su énfasis en la reanimación pediátrica con presencia de la familia (40%). La evidencia

muestra que las simulaciones son efectivas para superar las barreras a la inclusión familiar, promoviendo la confianza y las habilidades técnicas y de comunicación en entornos controlados. Sin embargo, la interacción entre profesionales y familias sigue siendo secundaria en la formación en urgencias pediátricas, lo que indica la necesidad de una mayor atención. En el proceso de validación de escenarios, dos rondas Delphi confirmaron la validez y concordancia del instrumento, con un Coeficiente de Validez de Contenido de 0,90, Índice de Validez de Contenido de 0,98 e Índice de Concordancia de 90,6%, demostrando robustez metodológica y relevancia práctica. Se incorporaron contribuciones de expertos, asegurando la alineación con el contexto de la aplicación. La evaluación del público objetivo destacó una alta confiabilidad y aceptación, con un Alfa de Cronbach de 0,90 y un Índice de Concordancia superior al 91%. Estos resultados refuerzan la efectividad de la simulación en el entrenamiento en urgencias pediátricas en el ámbito prehospitalario, promoviendo el desarrollo técnico y la integración de prácticas centradas en el paciente y en la familia, alineadas con la atención humanizada. Este estudio amplía el conocimiento sobre la atención de emergencias pediátricas, proponiendo formas de explorar el contexto prehospitalario y la inclusión de los familiares durante la atención. Refuerza la simulación clínica como herramienta hábil para capacitación, con impacto positivo en la confianza profesional y en la comunicación. La validación del instrumento desarrollado representa un avance significativo, promoviendo habilidades alineadas con la atención centrada en el paciente y en la familia. Los resultados destacan la necesidad de ampliar la simulación al ámbito prehospitalario, contribuyendo a la humanización y calidad de la atención pediátrica de urgencia.

Palabras clave: Socorristas; Servicios Médicos de Emergencia; Enfermería Familiar; Niño; Entrenamiento de simulación; Educación Continua en Enfermería.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Cuidado Centrado no Paciente e na Família: Pressupostos Centrais. Campo Grande-MS, Brasil, 2023.....	32
Figura 2 - Representação do primeiro modelo de ambulância: Ambulância Voadora.....	40
Figura 3 - Estratégias para implementação do Cuidado Centrado no Paciente e na Família no Atendimento pré-hospitalar móvel.....	46
Figura 4 - Mapa do conceito de Aprendizagem Significativa na Teoria de Ausubel.....	51
Figura 5 - Padrões de simulação em saúde (INACLS, 2023).....	55
Figura 6 - Etapas do estudo metodológico. Campo Grande-MS, Brasil, 2023.....	65
Figura 7 - Atendimento pré-hospitalar em domicílio à criança pela SIV.....	70
Figura 8 - Simulador: <i>Baby Reborn</i>	70
Figura 9 - Cálculo do Coeficiente de Validação de Conteúdo de acordo com Hernandez-Nieto (2002).....	75
Figura 10 - Cálculo do Índice de Validade de Conteúdo.....	76
Figura 11 - Cálculo do Índice de Validade de Conteúdo Global.....	76
Figura 12 - Testagem e validação do cenário pelo público-alvo.....	77
Figura 13 - Workshop de Simulação, INISA.....	78

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Mnemônico e descritores utilizados nas buscas, 2024.....	66
Quadro 2 - Requisitos e características adaptados para seleção de especialistas, conforme modelo proposto por Jasper (1994). Campo Grande - MS, Brasil, 2023.....	72

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APH	Atendimento Pré-Hospitalar
CCPF	Cuidado Centrado no Paciente e Família
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
EPS	Educação Permanente em Saúde
INACSL	<i>International Nursing Association of Clinical Simulation and Learning</i>
INISA	Instituto Integrado de Saúde
IPFCC	<i>Institute for Patient and Family Centered Care</i>
IVC	Índice de Validade e Conteúdo
LHE	Laboratório de Habilidades em Enfermagem
MS	Mato Grosso do Sul
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SC	Simulação Clínica
SIV	Suporte Intermediário de Vida
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMS	Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
VCFCR	<i>Van Gelderen Family Care Rubric</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	22
2 CONTEXTUALIZAÇÃO TEMÁTICA.....	26
2.1 Família e Enfermagem: Uma abordagem Sistêmica no Cuidado.....	26
2.2 Cuidado Centrado no Paciente e na Família e o cuidado pediátrico.....	31
2.3 Emergências Pediátricas: A Presença da família como parte do Cuidado.....	34
2.4 O Atendimento Pré-Hospitalar Móvel e a presença da família.....	40
2.5 Educação em Saúde no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel: O Enfermeiro como Educador.....	47
2.6 Teoria da Aprendizagem Significativa de <i>Ausubel</i> (1982).....	50
2.7 Simulação Clínica como estratégia de ensino no APH móvel para abordagem centrada na família.....	53
3 OBJETIVOS.....	62
3.1 Objetivo Geral.....	62
3.2 Objetivos Específicos.....	62
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	64
4.1 Desenho do estudo.....	64
4.2 Etapas do estudo.....	64
4.3 Etapa 1 - Revisão de Escopo.....	65
4.4 Etapa 2 - Construção do roteiro para cenário clínico simulado: “Atendimento pré-hospitalar móvel em emergência clínica pediátrica com a presença da família”.....	68
4.4.1 Construção do caso clínico.....	68
4.4.2 - Construção do Cenário Clínico Simulado.....	70
4.5 Etapa 3 - Validação do Conteúdo e Aparência do Cenário Simulado por Especialistas.....	72
4.5.1 Seleção dos Especialistas.....	72

4.5.2 Procedimento e instrumento para a coleta de dados.....	73
4.5.3 Análise dos dados.....	74
4.6 Etapa 4 – Testagem e validação com público-alvo.....	76
4.6.1 Seleção dos público-alvo.....	76
4.6.2 Workshop de Simulação.....	77
4.6.3 Procedimento e instrumento para a coleta de dados.....	79
4.6.4 Local.....	80
4.6.5 Análise dos dados.....	80
4.7 Aspectos Éticos.....	81
5 RESULTADOS.....	83
5.1. Capítulo I – Artigo Publicado.....	83
5.2. Capítulo II - Artigo Submetido.....	93
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	115
REFERÊNCIAS.....	118

Aproximação com o tema

APROXIMAÇÃO COM O TEMA

Nascida em Aquidauana, interior do Mato Grosso do Sul, tive uma infância muito proveitosa. Desde cedo, meu objetivo era seguir uma carreira que pudesse ajudar e fazer a diferença na vida das pessoas.

Em 2001, aos 17 anos, ingressei nesta universidade no curso de Enfermagem, onde adquiri experiência em diversas especialidades. Desenvolvi uma predileção pela urgência e emergência, mas sabia que precisava ampliar meus conhecimentos. Assim, atuei em várias áreas, passando pelos principais hospitais de referência em Campo Grande, desde o pronto-socorro até a psiquiatria, com o intuito de chegar ao atendimento pré-hospitalar móvel. Como concursada na Secretaria de Saúde, também trabalhei em diversos setores da atenção primária e na gestão.

Há mais de 10 anos, estou no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), onde exerço funções de gestão, instrutora e intervenção, das quais tenho muito orgulho.

Ao longo dos anos, percebi que muitas capacitações focam no aspecto técnico, tanto em especializações quanto em treinamentos profissionais.

Em 2008, passei pelo infortúnio de prestar socorro e perder minha mãe, o que foi um divisor de águas tanto pessoal quanto profissionalmente. Estar no outro lado, como familiar, e receber um atendimento humanizado, onde fui ouvida e incluída nos planos, me aproximou da temática que escolhi estudar.

Essa vivência gerou questionamentos, especialmente sobre se o fato de ser enfermeira, o que influenciou a humanização no atendimento. Desde então, senti a necessidade de trazer essa visão para a urgência, onde o foco muitas vezes está primordialmente na excelência técnica.

Em 2022, retornei à universidade e fui acolhida pela Professora Maria Angélica, que me apresentou à filosofia do Cuidado Centrado no Paciente e Família. Naquele ano, iniciei como aluna especial e, juntas, começamos a trabalhar pela inserção desse modelo no atendimento emergencial. Neste ano concluo o mestrado com a certeza de que essa semente foi plantada e que muitos frutos serão colhidos.

Introdução

1 INTRODUÇÃO

A presença da família durante o atendimento de emergência, singularmente em cenários pediátricos, tem sido amplamente debatida ao longo das últimas décadas. Instituições renomadas, como a *British Association of Accidents and Emergency Medicine*, a *American Heart Association* e a *Royal College of Nursing*, reconhecem a relevância desse aspecto, promovendo diretrizes que integram os familiares no processo do cuidado (Davidson *et al.*, 2017). Apesar dessas recomendações, diversos fatores culturais, institucionais e profissionais dificultam sua implementação prática na emergência, com destaque para a resistência por parte de profissionais da saúde, frequentemente embasada em percepções subjetivas e ausência de protocolos claros (Oczkowski *et al.*, 2015).

O modelo do Cuidado Centrado no Paciente e na Família (CCPF) emerge como um enfoque que valoriza a inclusão familiar, promovendo uma colaboração ativa entre pacientes, familiares e profissionais da saúde. Este modelo, amplamente validado na literatura, revela-se particularmente benéfico na pediatria, onde a participação familiar contribui para redução da ansiedade, aumento da segurança dos pacientes e maior satisfação dos cuidadores com o atendimento prestado (Ferreira *et al.*, 2018; Barreto *et al.*, 2019). Adicionalmente, o suporte emocional oferecido pela presença dos familiares aponta como relevante tanto para o processo de luto quanto para o fortalecimento da experiência humanizada no cuidado (Stefano *et al.*, 2016).

No século XXI, as pesquisas passaram a explorar com mais profundidade as experiências dos socorristas ao lidar com espectadores e famílias presentes durante emergências. Embora o CCPF já esteja perceptível no atendimento pediátrico dentro de hospitais, sua aplicação no Atendimento Pré-Hospitalar (APH) móvel ainda enfrenta desafios significativos (Satchell, 2023; Douma, 2023; Satchell; Anderson; Gott, 2024). A imprevisibilidade e as particularidades desse contexto, especialmente em emergências pediátricas, tornam a atuação ainda mais complexa. Os profissionais precisam tomar decisões rápidas enquanto lidam com as peculiaridades anatômicas, fisiológicas e emocionais das crianças, o que exige preparo técnico e emocional para garantir um manejo adequado (Owusu-Ansah; LaCovey, 2021). Soma-se a isso a falta de capacitação específica e a escassez de diretrizes que orientem as equipes sobre como integrar a família durante o atendimento emergencial fora do ambiente hospitalar (Rodrigues; Portela; Malik, 2019; Hashavya *et al.*, 2023).

No Brasil, o APH móvel difunde-se como componente essencial no Sistema de Saúde Pública, representado principalmente pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Este serviço visa à redução da morbimortalidade, garantindo assistência imediata e qualificada às vítimas de emergências clínicas, psiquiátricas, obstétricas, traumáticas e pediátricas (BRASIL, 2002).

Apesar de sua relevância, a esfera pré-hospitalar ainda carece de protocolos que integrem de forma efetiva a abordagem centrada na família. Práticas que afastam os familiares ainda são justificadas por preocupações relacionadas à possibilidade de interferências no atendimento ou ao aumento do estresse dos profissionais envolvidos (Gutysz-Wojnicka *et al.*, 2018). Satchell (2023) destacou que muitas famílias se sentem excluídas, sendo tratadas como meras testemunhas passivas ou indesejadas. O aprimoramento do atendimento centrado na família deve ser priorizado no cuidado a crianças e seus familiares durante emergências, mesmo diante da pressão inerente a eventos que demandam ações rápidas e decisivas (McKenna; Shimoinaba; Copnell, 2022).

Diante da complexidade dessas ocorrências, torna-se indispensável a exposição dos profissionais a métodos educativos que integrem teoria e prática, desenvolvendo sensibilidade e competências para lidar com a presença familiar durante situações críticas (Landa-Ramirez *et al.*, 2017).

Neste cenário, a educação em saúde, aliada a metodologias contemporâneas como a simulação clínica (SC), configura-se como um plano efetivo para qualificar o cuidado, promovendo aprendizado ativo e contextualizado. A educação em saúde no APH móvel é um processo dinâmico e transformador, fundamentado nos princípios da Educação Permanente em Saúde (EPS), que busca integrar teoria e prática para qualificar profissionais e fortalecer o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004). Regulamentações, como a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (BRASIL, 2004) e a Portaria nº 1.010/2012 (BRASIL, 2012), destacam a importância de ações educativas para melhorar o cuidado em urgências, promovendo humanização, segurança e eficiência no atendimento (Oliveira *et al.*, 2015; Pereira *et al.*, 2018). Assim, o enfermeiro destaca-se como agente transformador e educador no APH móvel, articulando conhecimentos, estratégias pedagógicas e capacitações que transcendem o ensino técnico, abrangendo a construção coletiva de saberes, o desenvolvimento de competências interpessoais e a problematização das práticas cotidianas (Laprovita *et al.*, 2016; Silva *et al.*, 2018; Ceccim, 2005; Baldissera; Bueno, 2014).

A SC tem se destacado como tática educacional na preparação de profissionais para atuar em contextos complexos (Bruton; Spewak, 2023). Pesquisas apontam que o uso de

cenários simulados não apenas aprimora habilidades técnicas e não técnicas, mas também promove empatia e melhora as interações com os familiares, ampliando a qualidade do cuidado centrado na família (Gaba, 2004; Baptista *et al.*, 2014; Rayburn *et al.*, 2023; Tsutumi *et al.*, 2023). Adenda, a prática simulada reduz a ocorrência de erros e fortalece o trabalho em equipe, fatores eficazes no aprendizado de manejo de atendimento pediátrico emergencial (Mastoras *et al.*, 2019; Costa *et al.*, 2021; Bruton; Spewak, 2023; Rayburn *et al.*, 2023; Eales; Kruger, 2024; Schram *et al.*, 2024).

Diante desses desafios e oportunidades, esta dissertação investiga a viabilidade e os impactos da implementação do modelo do CCPF no APH móvel em emergências pediátricas. Observa-se que, apesar da crescente valorização da humanização no cuidado, ainda não há treinamentos estruturados que preparem as equipes para incluir a família como parte ativa no atendimento pediátrico nesse contexto. Essa lacuna pode comprometer tanto a qualidade assistencial quanto o acolhimento das famílias em momentos críticos.

A proposta de desenvolver e aplicar um cenário simulado como intervenção educativa que incorpore a família como elemento ativo no atendimento emergencial almeja contribuir para a formação de profissionais mais capacitados e sensibilizados para lidar com essas conjunturas. Por meio da SC, espera-se promover mudanças positivas no paradigma de atendimento, integrando princípios de humanização e segurança ao cuidado pré-hospitalar pediátrico.

Ao considerar o potencial transformador da abordagem centrada no paciente e na família e a relevância da simulação como método educacional, este estudo busca preencher lacunas tanto na literatura quanto na prática profissional. A meta é fomentar uma cultura de cuidado que reconheça a atribuição dos familiares não apenas como solicitantes e observadores, mas como parceiros ativos no processo terapêutico. Pretende-se ampliar a aplicabilidade do CCPF em um enredo ainda pouco explorado, como o APH móvel, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade do atendimento pediátrico.

Em suma, o modelo de CCPF apresenta-se como uma conduta transformadora, que reconhece a importância da inclusão familiar como parte integrante do cuidado. No entanto, sua implementação no APH móvel ainda enfrenta desafios que demandam análise aprofundada. Compreender essa realidade demanda a investigação das bases conceituais que sustentam o modelo e das características que moldam sua aplicação nesse contexto assistencial específico.

Contextualização Temática

2 CONTEXTUALIZAÇÃO TEMÁTICA

O presente estudo ampara-se em uma análise sobre o impacto da presença familiar no atendimento emergencial pediátrico, notadamente no contexto do Atendimento Pré-Hospitalar (APH) móvel. Para estruturar essa discussão, a Contextualização Temática organiza-se em tópicos que exploram as bases conceituais, históricas e práticas do modelo de Cuidado Centrado no Paciente e na Família (CCPF), evidenciando como essa ação se articula com as necessidades específicas do atendimento pediátrico de emergência em situações de alta complexidade, como no APH.

Ao longo desta seção, serão abordados temas como a inserção da família, na prática da enfermagem, os desafios e benefícios de incluir os familiares no cuidado emergencial e a importância do CCPF como modelo assistencial. Também será destacada a atribuição do enfermeiro como mediador e educador, na promoção de práticas humanizadas e centradas na família. Em seguida, a explanação da Teoria de Aprendizagem Significativa de *David Ausubel*, a qual oferece a base teórica para a construção de estratégias educativas que favoreçam a integração do conhecimento. A Simulação Clínica será apresentada como uma ferramenta dinâmica no treinamento de profissionais, permitindo a vivência de cenários realistas que estimulam o aprendizado ativo e a aplicação prática dos conceitos.

Por fim, serão analisados os avanços e lacunas na aplicação do CCPF no APH móvel na pediatria, apontando caminhos para a qualificação profissional contínua e a melhoria da assistência, com foco em práticas que integrem o conhecimento técnico e o cuidado humanizado.

2.1 Família e Enfermagem: Uma abordagem Sistêmica no Cuidado

A compreensão do conceito de família mostra-se básico para os estudos sobre saúde e enfermagem, sobretudo ao considerar que, de acordo com Wright, Watson e Bell (1996), "a família é quem seus membros afirmam ser". Isso significa que a definição de família não se restringe apenas aos laços sanguíneos ou legais, mas inclui todos os que possuem fortes vínculos emocionais e um senso de pertencimento mútuo. Esse entendimento é reforçado por Friedman *et al.* (2003), que destaca o envolvimento profundo dos membros familiares nas vidas uns dos outros, fator que fortalece a coesão e a função de suporte psicológico da família. Dito isso, a família se configura como um dos pilares da sociedade, contribuindo para a formação da personalidade e do senso de identidade de seus membros (Henrique; Santos, 2019).

Todavia, a configuração e o desempenho da família não são estáticos; ao contrário,

eles se adaptam conforme as transformações sociais e culturais. Filho (2020) aponta que a família vigora como um sistema social dinâmico que responde às mudanças da sociedade e às diferentes formações familiares. Este processo de adaptação permite que a família continue exercendo sua função de apoio, ao mesmo tempo que auxilia seus membros a entender e a definir seus papéis na sociedade (Booyesen *et al.*, 2021). Nesse argumento, cada família possui uma estrutura própria, com valores e culturas específicas, as quais influenciam diretamente a maneira como seus membros vivenciam e enfrentam questões de saúde e doença.

Quando um membro da família adoece, particularmente em casos de doenças crônicas ou terminais, os demais familiares tendem a ser impactados, tanto no aspecto emocional quanto no físico. Sendo assim, a enfermagem em sua incumbência acaba por monitorar o impacto sistêmico do adoecimento sobre toda a estrutura familiar, enfatizando a importância de se cuidar da saúde da família na totalidade e não apenas do paciente isoladamente (Bomar, 2004; Lins *et al.*, 2021; Allande-Cussó *et al.*, 2022). A visão sistêmica da família é indiscutível, uma vez que o acolhimento de um membro pode alterar dinâmicas familiares, exigindo adaptações de responsabilidades dos outros indivíduos (Wright; Leahey, 2019).

Além das rotinas diárias, a convivência familiar inclui momentos críticos, como a experiência de lidar com enfermidades agudas ou crônicas, que afeta temporariamente a sensação de segurança no ambiente familiar (Hayakawa; Marcon; Higarashi, 2009; Lins *et al.*, 2021; Allande-Cussó *et al.*, 2022). Eventos de saúde, tanto positivos quanto negativos, influenciam toda a estrutura familiar, pois mobilizam o sistema de suporte e ampliam a relevância dos relacionamentos no enfrentamento, recuperação e promoção do bem-estar. A presença de apoio familiar se torna, portanto, um fator para a adaptação dos pacientes às condições crônicas e na prevenção de doenças, influenciando a saúde de todos os componentes (Luttik, 2020).

O adoecimento de um membro desestabiliza a dinâmica familiar, demandando uma reorganização das rotinas e um aumento nas exigências de cuidado, o que frequentemente resulta em sobrecarga emocional, financeira e física para os envolvidos. Essa circunstância pode enfraquecer a coesão familiar e comprometer a capacidade de prestar os cuidados imprescindíveis, levando a uma possível fragilidade do núcleo familiar (Marcheti; Mandetta, 2016). Deve-se considerar a família como um elemento ativo para o cuidado e para a promoção da saúde dentro da sociedade. Apesar disso, muitos profissionais de saúde ainda mantêm uma visão individualizada do atendimento, sem incorporar de forma consistente o envolvimento familiar, o que se deve, em parte, à falta de capacitação específica e ao uso de experiências pessoais como base para o atendimento (Martins; Fernandes; Gonçalves, 2012).

Essa limitação é singular no caso de doenças crônicas na infância e adolescência, pois impactam não apenas o paciente, mas toda a família, alterando suas dinâmicas e a rotina diária (Sisk, 2017). Embora essas condições tragam desafios significativos, o envolvimento familiar no tratamento pode suceder em resultados mais positivos, para o suporte emocional e o fortalecimento dos vínculos. A chegada de um diagnóstico de doença crônica pode ainda ser um momento de reavaliação e desenvolvimento de novas habilidades por parte dos familiares, que são desafiados a explorar novas formas de apoio e resiliência (Bolasell; Silva; Wendling, 2019).

Em suma, a família na saúde transcende a simples presença: é um elemento substancial na estrutura de apoio e enfrentamento do paciente. O envolvimento familiar não só facilita a adaptação às condições de saúde como fortalece o sistema de cuidados, influenciando positivamente o bem-estar coletivo e promovendo a resiliência no enfrentamento das adversidades.

A trajetória da enfermagem evidencia uma progressão constante no conceito de cuidado, particularmente no que se refere à relação de proximidade com o paciente e sua família (Mendes; Guareschi, 2018). Desde o começo, a enfermagem foi vista principalmente como uma profissão auxiliar, cujo exercício era dar suporte ao médico por meio de atividades assistenciais (Waldow, 2008). Contudo, a característica histórica demonstra como uma das profissões da saúde que mais interage com a família fomentou, ao longo do tempo, discussões e pesquisas sobre a relação entre a equipe de enfermagem e os familiares dos pacientes (Pinto, 2010).

A origem da enfermagem moderna está marcada pela transição de um modelo de cuidado familiar para uma disciplina profissionalizada, com *Florence Nightingale* estabelecendo as bases das práticas que valorizam a compaixão e o cuidado holístico. Com a introdução de enfermeiros especializados, o escopo de atuação se ampliou, incluindo o envolvimento da família como parte do cuidado. Essa mudança consolidou a enfermagem como um campo de conhecimento e prática autônoma, que não apenas atende às necessidades físicas do paciente, mas também considera seu enredo social, psicológico e familiar (Meleis, 2011).

No século XX, teóricos como *Nightingale* impulsionaram a perspectiva do “cuidar” na enfermagem, argumentando que o ambiente e a assistência do enfermeiro influenciam diretamente a recuperação do paciente (Nightingale, 1992). Ao longo do tempo, essa visão foi expandida por teorias humanísticas, como as de Madeleine Leininger (2002) e Jean Watson (2008), que redefiniram o “cuidado” como uma prática integral, promovendo acolhimento e suporte emocional não só ao paciente, mas também à sua família. Segundo o *International Council of Nurses*, a enfermagem envolve a assistência autônoma e cooperativa a pessoas,

famílias, grupos e comunidades, levando em conta todas as facetas da saúde e campos de assistência. Por outro lado, a *American Nurses Association* define o cuidado de enfermagem como "proteção, promoção e valorização da saúde e habilidades, prevenção de doenças e lesões, alívio do sofrimento por meio de diagnósticos e terapias, além de atuar na assistência a indivíduos, famílias, comunidades e populações em geral". Essa definição reforça e legitima a importância do envolvimento familiar como uma responsabilidade profissional do enfermeiro.

Dado isso, o ofício do enfermeiro se expandiu além do cuidado clínico, incorporando a promoção da saúde familiar e a construção de um ambiente de confiança que estimula a sua participação no cuidado. Esta mudança de uma perspectiva técnica para uma prática humanizada ressalta a relevância de um vínculo estreito com a família, elemento determinante no processo de recuperação e bem-estar do paciente (Waldow, 2008). Este elo entre o profissional de enfermagem e a família o coloca como um mediador, estabelecendo uma rede de suporte e incentivando uma comunicação afetuosa e transparente que favorece a todos os participantes.

O “cuidar” consiste em um alicerce da prática de enfermagem e envolve, além das técnicas e intervenções de saúde, um compromisso ético e empático com o paciente e sua rede de apoio (Waldow, 2008). O enfermeiro, ao adotar uma abordagem de cuidado centrada no paciente e na família, constrói um relacionamento de confiança que possibilita uma compreensão mais profunda das necessidades de cada membro familiar. Esse vínculo permite uma atuação personalizada e respeitosa em relação à cultura e crenças e valores (Meleis, 2011).

As teorias contemporâneas em enfermagem reforçam também a missão do enfermeiro como agente que propicia o autocuidado e fortalece a resiliência familiar, ajudando a família a lidar com o adoecimento de forma mais estruturada e menos desgastante (Watson, 2008). Para prestar cuidados integrados, os enfermeiros e outros profissionais de saúde potencializam relacionamentos interpessoais terapêuticos com pacientes e suas famílias, por meio de uma comunicação genuína, interesse e cuidado empático para captar as necessidades psicológicas básicas dos pacientes (Younas *et al.*, 2023).

A enfermagem, portanto, integra a arte e ciência, refletindo a dualidade entre os aspectos humanísticos e técnicos do cuidado em saúde. A “arte” da enfermagem destaca a dimensão interpessoal e compassiva, envolvendo a capacidade de conexão emocional e compreensão das experiências únicas dos pacientes. Já a “ciência” da enfermagem está fundamentada no conhecimento técnico e clínico básico para avaliar, diagnosticar e planejar os cuidados, garantindo uma conduta segura e baseada em evidências (D’Antonio *et al.*, 2010; Smith, 2023).

Nesse argumento, as habilidades comportamentais denominadas “*soft skills*” como comunicação, empatia, competência cultural, colaboração e resiliência, atuam como facilitadoras, pois possibilitam uma interação garantida com pacientes, familiares e colegas, como mediadora entre o conhecimento técnico e a sensibilidade ao contexto familiar e pessoal (Deering; Bal, 2023).

A enfermagem evoluiu de uma prática auxiliar para uma ação complexa e humanizada, integrando conhecimento técnico e sensibilidade às dinâmicas familiares. Essa evolução fortaleceu a promoção da saúde e o apoio emocional e psicológico às famílias. Baseada na teoria e prática de cuidados, a profissão adaptou-se às transformações nos sistemas de saúde, ampliando o papel do enfermeiro e consolidando uma abordagem colaborativa e humanizada. (Moody-Williams, 2020).

O acolhimento à família pela enfermagem incorpora a dinâmica familiar ao cuidado, reconhecendo paciente e família como uma unidade assistencial (Johnson, 2023). Para efetivar essa prática, os enfermeiros precisam desenvolver habilidades clínicas, como avaliação e intervenção, que favoreçam a inclusão dos familiares nas decisões de cuidado, promovendo uma experiência integrada (Schlunegger *et al.*, 2023). A comunicação ativa entre enfermeiros, pacientes e familiares assegura a informação e engajamento no cuidado (Hengeveld *et al.*, 2021). Ademais, os enfermeiros devem atuar como líderes e defensores do envolvimento familiar, superando barreiras como limitações de tempo e sobrecarga de trabalho (Alfaro-Díaz *et al.*, 2022).

Contudo, implementar essa conduta enfrenta desafios, como treinamento insuficiente da equipe e fatores organizacionais que limitam a interação dos profissionais com as famílias (Alfaro-Díaz *et al.*, 2022). Há também uma necessidade de programas educacionais que preparem os enfermeiros para lidar com as complexidades da dinâmica familiar em ambientes clínicos (Hengeveld *et al.*, 2021).

Embora o envolvimento familiar seja amplamente reconhecido por seus benefícios, alguns autores alertam para possíveis impactos no cuidado individual do paciente, destacando a importância de um equilíbrio entre as necessidades do paciente e da família (Braine; Wray, 2016). Ainda assim, a relação entre enfermeiros e famílias é impreterível, pois o sistema familiar atua como parceiro no cuidado e na promoção da saúde (Frade *et al.*, 2021). A atitude dos enfermeiros em relação ao envolvimento familiar influencia diretamente sua capacidade de engajar as famílias no cuidado, permitindo intervenções que atendam suas demandas e contextualizam o processo de saúde no ambiente familiar (Kholifah *et al.*, 2018).

O modelo de Cuidado Centrado no Paciente e na Família (CCPF) reafirma o compromisso das famílias como parceiras no cuidado, valorizando suas contribuições (Johnson, 2023). Assim, com raízes históricas e evidências atuais, o CCPF reforça a atitude que valoriza a colaboração ativa entre pacientes, familiares e profissionais, sobretudo no cuidado pediátrico, o qual segue descrito a seguir.

2.2 Cuidado Centrado no Paciente e na Família e o cuidado pediátrico

O conceito de Cuidado Centrado no Paciente e na Família (CCPF) tem raízes históricas que remontam ao século XIX, com a criação do primeiro hospital infantil em Paris, em 1802, idealizado para atender não só às necessidades físicas das crianças, mas também às emocionais, como descrevem Jolley e Shields (2009). *Florence Nightingale*, em 1886, já enfatizava a importância do âmbito familiar e do contexto doméstico no cuidado dos pacientes, destacando o compromisso da família na recuperação e no bem-estar do enfermo (Pinto *et al.*, 2010). No início do século XX, antes da década de 1920, a prática de enfermagem com crianças integrava um enfoque holístico, considerando as dimensões sociais e psicológicas das necessidades infantis (Cruz e Angelo, 2011).

Durante a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), entretanto, as crianças passaram a ser internadas sem a presença constante de seus familiares, que podiam visitá-las em dias e horários pré-estabelecidos. Isso resultou no fenômeno conhecido como hospitalismo, com consequências biopsicossociais e espirituais devido à ruptura do vínculo com a família (Jolley; Shields, 2009). Até meados do século XX, os profissionais da saúde ainda consideravam os pais como um obstáculo no atendimento às crianças hospitalizadas (Shields, 2010).

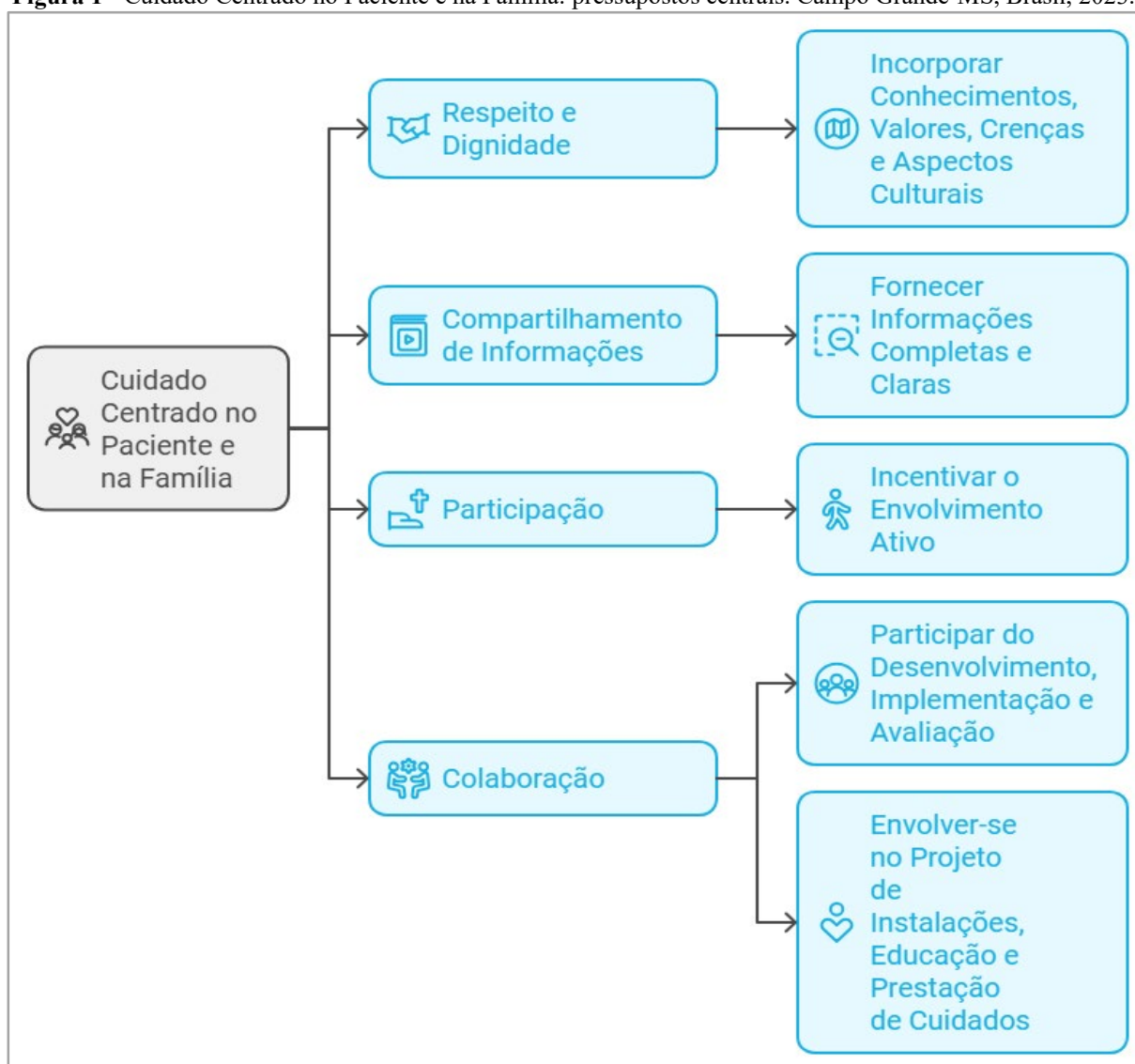
A partir dos anos 50, surgiram iniciativas para modificar esse cenário, passando pela visita flexível para o direito de permanência com a criança, tendo como marco a publicação do Relatório *Platt* em 1959, na Inglaterra (Cruz, Angelo, 2011). No entanto, essa compreensão evoluiu de forma heterogênea, inicialmente em trabalhos realizados nos Estados Unidos e no Reino Unido no período pós-guerra (Jolley; Shields, 2009). O conceito de assistência centrada na família foi consolidado em 1969 para estabelecer a excelência do atendimento hospitalar, levando em conta as perspectivas dos pacientes e suas famílias e discutindo a autonomia em relação às suas necessidades de saúde (Pinto, *et al.*, 2010).

No Brasil, o movimento de inclusão da família iniciou na década de 1980, quando foi permitida sua presença em domínio hospitalar. A Lei n.º 8.069, de 1990, assegurou aos pais o direito de acompanhar a criança durante a internação (BRASIL, 1990). É relevante destacar que

o direito à permanência, assegurado por meios legais, não se equipara a um apoio focado no cuidado da família (Cruz, Angelo, 2011).

Em 1992, foi criado o *Institute for Family Centered Care* (IFCC), organização pioneira na implementação da prática do CCPF e responsável por delinear as competências centrais para a atuação de enfermeiros pediátricos (IPFCC, 2008). O objetivo primordial do CCPF é promover a saúde e o bem-estar de indivíduos e famílias, reconhecendo que pacientes e famílias são fundamentais para a qualidade e segurança – não apenas nas interações diretas de cuidados, mas também em iniciativas de segurança, formação profissional, pesquisa, criação de instalações e desenvolvimento de políticas (IPFCC, 2008). A figura 1 ilustra os pressupostos centrais do CCPF:

Figura 1 - Cuidado Centrado no Paciente e na Família: pressupostos centrais. Campo Grande-MS, Brasil, 2023.



Fonte: Construção do autor

Conforme Shields (2009), a confiança entre a criança e seus pais é um componente inerente do cuidado e deve ser preservado durante sua admissão em um hospital ou em qualquer contato com o serviço de saúde. Uma criança assistida não pode ser tratada isoladamente; a família, desde que em momentos de grande vulnerabilidade e trauma, também necessita de acolhimento e suporte (Shields, 2015). Johnson e Abraham (2012) afirmam que uma parceria entre profissionais de saúde e a família resulta em melhores desfechos clínicos, uma experiência de cuidado mais satisfatória para a criança e a família, e da equipe com uso mais racional de recursos.

O CCPF é cada vez mais reconhecido como uma estratégia ideal para profissionais que prestam assistência ao paciente e sua família, em variados enquadramentos de saúde. O modelo enfatiza o trabalho ativo da família no cuidado, garantindo sua participação nas decisões e no planejamento das atividades de saúde. Trata-se de uma filosofia que permite à família contribuir na busca por soluções para os desafios do cuidado (Cruz; Pedreira, 2020).

Embora amplamente recomendado, esta abordagem enfrenta significativos desafios para sua implementação nos serviços de saúde. Em muitas instituições, sua aplicação permanece limitada, e há resistência por parte de alguns profissionais em adotá-lo. Superar essas barreiras exige esforços para incentivar a inclusão da família como parceira no cuidado, respeitando seus desejos, capacidades e particularidades (Amador *et al.*, 2015).

Para que o CCPF seja mais eficaz, é fundamental integrá-lo nos currículos de graduação em saúde, incentivando sua prática desde o início da formação profissional. Além disso, é essencial desenvolver estratégias para avaliar sua efetividade, utilizando instrumentos validados no contexto brasileiro que permitam identificar a percepção dos profissionais em diferentes áreas de assistência à criança e à família (Simão; Manzo, 2018).

Segundo Tsutumi *et al.* (2023), a prática do CCPF ainda não é plenamente implementada, evidenciando a necessidade de sensibilizar os profissionais de saúde sobre os princípios que fundamentam esse comportamento e sua aplicabilidade. Esse desafio é especialmente relevante no contexto do atendimento pré-hospitalar móvel, onde o uso do CCPF permanece pouco explorado e necessita de maior atenção.

Evidências destacam o potencial do CCPF para aprimorar a qualidade da assistência. Um estudo descritivo transversal realizado na Jordânia revelou que a maioria dos enfermeiros se sente confiante ao lidar com famílias e em aplicar o modelo CCPF. Esses profissionais reconhecem a importância de priorizar habilidades técnicas e profissionais em detrimento de preferências pessoais, embora ainda enfrentam resistência na transição de um modelo de

cuidado tradicional centrado exclusivamente na criança para uma abordagem que incluía também a família (Razeq *et al.*, 2024).

Historicamente, os profissionais de enfermagem têm sido os mais diretamente envolvidos com as famílias no atendimento, assumindo um papel central nesse convívio (Mendes; Guareschi, 2018).

Uma revisão bibliográfica conduzida em uma universidade turca revelou que os estudos sobre o CCPF são, em sua maioria, descritivos e amplamente concentrados nos Estados Unidos, com foco em unidades pediátricas intra-hospitalares. No entanto, são raros os estudos que investigam a aplicação desse modelo no atendimento pré-hospitalar móvel (APH), destacando a necessidade e a relevância de pesquisas voltadas para esse contexto específico (Çimke; Yıldızyım; Polat, 2024).

Originalmente desenvolvido para a assistência pediátrica em ambientes hospitalares, o CCPF tem demonstrado, com base em evidências, seu potencial para qualificar o cuidado infantil (Seniwati; Nurhaeni, 2023). Ele desempenha um papel significativo na construção de um cuidado centrado, reconhecendo a importância das famílias para a saúde e o desenvolvimento da criança. Ao longo do tempo, o CCPF evoluiu para incorporar perspectivas e dinâmicas familiares, destacando o impacto positivo do envolvimento da família nos cuidados.

As evidências apontam benefícios claros dessa abordagem, incluindo maior satisfação da criança com o cuidado recebido e melhor adesão aos planos terapêuticos estabelecidos. Essa combinação de fatores possibilitou a implementação do modelo em contextos de saúde mais receptivos e inclusivos, promovendo não apenas o bem-estar infantil, mas também o fortalecimento da família em sua jornada de cuidado integral (Johnson, 2023).

O CCPF, portanto, não se limita a uma transformação estrutural na assistência à saúde, mas reflete também um compromisso ético com o bem-estar e a dignidade do paciente. Este estudo enfatizou a importância de aplicar o CCPF em todas as etapas do cuidado, destacando sua relevância, especialmente no contexto da emergência pediátrica, onde sua filosofia pode impactar positivamente tanto a experiência da criança quanto a da família.

2.3 Emergências Pediátricas: A Presença da família como parte do Cuidado

Quando uma criança adoece, sentimentos como impotência, estresse e angústia surgem na família, podendo resultar em uma realidade devastadora (Hayakawa; Marcon; Higarashi, 2009; Sağlık; Çağlar, 2018; Hashavya *et al.*, 2023; Espósito *et al.*, 2024). Durante a hospitalização, os pais oferecem conforto físico, acolhem às necessidades fisiológicas e

fornece apoio psicossocial. Ademais, os pais facilitam o desenvolvimento de habilidades nas crianças, conforme suas fases de crescimento (Suparto *et al.*, 2020). Esses aspectos reforçam a importância da participação da família no processo de tratamento pediátrico em todos os contextos de assistência.

Anualmente, cerca de 1 milhão de crianças morrem por causas acidentais em todo o mundo, configurando uma situação considerada uma epidemia global pela *Safe Kids Worldwide* (2021). Embora comuns na infância e frequentemente vistos como inevitáveis, 90% dos acidentes podem ser prevenidos com medidas simples (Safe Kids, 2022). "Acidente" é definido como um evento não intencional que pode resultar em traumas físicos, psicológicos ou ambos (SBP, 2020), configurando um crescente problema de saúde pública. Esses eventos contribuem significativamente para as taxas de mortalidade infantil até a vida adulta (UNICEF, 2019).

Estima-se que 96.000 crianças sejam hospitalizadas e 2,4 milhões recebam atendimento de emergência anualmente por lesões não fatais no mundo. Nos Estados Unidos, por exemplo, aproximadamente 3.096 crianças menores de 10 anos morrem por ano devido a lesões não intencionais, representando 8,5 mortes diárias. Embora tenha havido uma redução gradual ao longo dos anos, as lesões não intencionais continuam sendo a principal causa de morte entre crianças de 1 a 9 anos (Safe Kids, 2022). No Brasil, os acidentes lideram a mortalidade de crianças de 1 a 14 anos, resultando em mais de 3.300 óbitos por ano e 112 mil internações graves (Safe Kids, 2022). Em 2023, o estado de Mato Grosso do Sul registrou um total de 22.703 internações de urgência na área de pediatria, de acordo com dados do TABNET DATASUS. Especificamente na capital, Campo Grande, o SAMU reportou 3.049 atendimentos pediátricos, abrangendo tanto traumas quanto cuidados clínicos. Esses números destacam a demanda significativa por assistência pediátrica no estado, com uma parcela expressiva dos casos concentrada na capital.

No passado, a presença de familiares durante esforços de reanimação ou procedimentos invasivos era considerada prejudicial, devido ao temor de aumentar o estresse em familiares e profissionais de saúde (Dietrich, 2014). Contudo, tendências recentes destacam os benefícios dessa prática como parte do cuidado centrado na família, respaldado por evidências (Powers, Duncan e Twilbell, 2021).

Introduzida em 1987, a Presença da Família durante a Reanimação (FPDR) buscou permitir a proximidade de familiares durante a Reanimação Cardiopulmonar (RCP) (Doyle, 1987). Essa abordagem é vista como uma relação triangular, onde a presença familiar impacta profissionais, parentes e o paciente, equilibrando as demandas de todos os envolvidos (Afzali *et al.*, 2023).

A filosofia do CCPF defende a inclusão familiar, sua implementação em emergências ainda gera controvérsias (Barreto *et al.*, 2022; Rosenthal *et al.*, 2022; Palomares-González *et al.*, 2023; Hashavya *et al.*, 2023; Queruz *et al.*, 2023). Uma alternativa seria oferecer às famílias a possibilidade de decidir sobre sua permanência ao lado da vítima durante o atendimento, respeitando suas preferências e necessidades individuais (Nishisaki; Diekema, 2011; McAlvin; Carew-Lyons, 2014; Mekiteran; Angelo, 2015). Nos atendimentos emergenciais, a presença da família é definida pela possibilidade de contato visual ou físico com o paciente (Masa'Deh 2014; Guzzeta, 2017; Ferreira *et al.*, 2018; Barreto *et al.*, 2019).

A participação da família no cuidado foi amplamente respaldada por diversas organizações de saúde, que a reconhecem como uma prática essencial. Essas organizações recomendam que um profissional de saúde seja designado para oferecer suporte direto à família durante o processo de atendimento (AACN, 2016; Davidson *et al.*, 2017). Idealmente, o familiar deve ser acompanhado por uma pessoa de apoio designada para facilitar sua permanência e reduzir o impacto emocional durante o atendimento (Mentzelopoulos, 2021).

Essa é uma questão de grande importância, influenciada tanto pelas políticas institucionais dos hospitais quanto pelas convicções pessoais dos profissionais de saúde em relação à permissão para que os pais acompanhem procedimentos críticos, como a reanimação cardiopulmonar (RCP) e a intubação traqueal (Dainty *et al.*, 2021). O Conselho Europeu de Reanimação recomenda que a família possa escolher por estar presente durante a RCP (Mentzelopoulos, 2021), enquanto a *American Heart Association* (AHA) não oferece uma recomendação oficial, apesar de incentivar a participação familiar (Halm *et al.*, 2024).

A falta de diretrizes claras gera divergências, muitas vezes decorrentes da escassez de evidências disponíveis (Afzali *et al.*, 2023) e de preocupações quanto a possíveis implicações legais e às reações emocionais da família. Conforme apontado por Stefano *et al.* (2016), os familiares frequentemente vivenciam um dilema entre o medo de reagir negativamente e o desejo de estar presentes durante os procedimentos. Além disso, o sentimento de exclusão experimentado quando são afastados do processo é um aspecto relevante que precisa ser levado em consideração.

Durante situações de emergência, os enfermeiros desempenham um papel essencial ao manter contato direto e contínuo com as famílias dos pacientes à beira do leito (Pothiwala, 2017; Blomquist; Lasiter, 2022). Por essa razão, são amplamente reconhecidos como os profissionais mais qualificados para implementar o cuidado centrado na família (Zali, 2023). Esse protagonismo exige que os enfermeiros adotem práticas que aprimorem a assistência,

promovendo um atendimento de maior qualidade e contribuindo para o aumento da satisfação e segurança dos pacientes (Cieslak *et al.*, 2021).

A presença da família tornou-se um elemento primordial no atendimento emergencial pediátrico, especialmente quando alinhada ao conceito de Cuidado Centrado na Família (CCPF), trazendo benefícios psicológicos significativos. Essa presença não apenas proporciona suporte emocional e auxilia no processo de luto, mas também promove escolhas de tratamento mais informadas e autônomas (Kassam-Adams, 2023).

A participação ativa dos familiares fortalece a conexão com os profissionais de saúde, criando um ambiente de conforto e segurança que enriquece a experiência terapêutica (Yu-ri; Yeo-jin, 2023). Além disso, o apoio emocional oferecido pelos familiares impacta diretamente o bem-estar da criança e contribui para a gestão emocional dos próprios familiares, ajudando a reduzir o estresse e a ansiedade em momentos de grande vulnerabilidade (Rivera, 2019; Seniwati, 2023).

Na área de saúde mental, a presença familiar é um recurso para enfrentamento de situações complexas, como ideação suicida e comportamentos autolesivos, complementando intervenções psiquiátricas e promovendo um ambiente de apoio em situações de conflitos familiares (Hoq, 2023). Esse suporte também é valioso em situações de reanimação, onde os familiares, além de oferecerem conforto emocional, podem fornecer informações relevantes sobre o histórico e as preferências do paciente, auxiliando na tomada de decisões clínicas (Grønlund *et al.*, 2023). Dessa forma, os familiares não apenas mitigam a carga emocional da equipe de emergência, mas também contribuem para uma experiência de cuidado mais colaborativa e alinhada às necessidades do paciente.

Intervenções centradas na família têm se mostrado decisivas na redução do estresse e ansiedade dos pais. O envolvimento ativo das famílias melhora a comunicação e o compartilhamento de informações (Kawata *et al.*, 2013; Barreto *et al.*, 2019), aprimora a compreensão dos tratamentos e encoraja uma postura proativa, permitindo que desenvolvam mecanismos de enfrentamento mais robustos para doenças crônicas, ao perceberem que suas contribuições são valorizadas (Hodgson; Mehra; Franck, 2024; Neumann; Kakani; Ladner, 2024). Essa parceria entre familiares e equipe promove uma experiência de cuidado que gera melhores resultados e fortalece a confiança no sistema de saúde (Shiow, 2022; Seniwati, 2023).

A presença da família não só contribui para o bem-estar psicológico dos pacientes, incentivando uma postura mais otimista e colaborativa, mas também melhora o manejo de sintomas e aumenta a segurança do paciente (Shiow, 2022; Peng; Shan; Xudong, 2024). Estudos indicam que essa presença pode diminuir a duração das internações e reduzir custos

hospitalares, além de melhorar a qualidade de vida da criança e sua satisfação com o atendimento (Luttik, 2020; Seniwati, 2023). Ademais, o envolvimento familiar oferece aos profissionais a oportunidade de observar o impacto de seu trabalho, fortalecendo o compromisso com a qualidade da assistência (Barreto *et al.*, 2019).

Quando a família acompanha o atendimento, tem a oportunidade de observar a agilidade e o cuidado da equipe, o que fortalece sua confiança nos profissionais de saúde (Hashavya *et al.*, 2023). Durante procedimentos invasivos, a presença dos familiares está associada a uma maior sensação de segurança para a criança e à redução da ansiedade tanto dos familiares quanto dos próprios pacientes. Essa dinâmica resulta em altos índices de satisfação entre aqueles que optaram por estar presentes no atendimento. Além disso, os familiares valorizam essa possibilidade de escolha e, em sua maioria, afirmam que optariam por acompanhar novamente o cuidado em situações futuras envolvendo seus filhos (Barreto *et al.*, 2019; Hashavya *et al.*, 2023; Palomares-González *et al.*, 2023).

Em diversas situações, esta prática de assistência, também apresenta aspectos desafiadores que podem impactar o ambiente clínico e o bem-estar de todos os envolvidos. Alguns enfermeiros de emergência consideram a presença de familiares impraticável, devido ao risco de conflitos com a equipe e ao aumento de demandas sobre os profissionais de saúde (Yu-ri; Yeo-jin, 2023). (Grønlund *et al.*, 2023).

Em situações de cuidados intensivos e prolongados, os familiares frequentemente enfrentam uma sobrecarga emocional e física significativa, que pode impactar sua saúde e suas relações pessoais. A transferência de parte das responsabilidades do cuidado profissional para os familiares intensifica a pressão sobre eles, desestabiliza a dinâmica familiar e aumenta o risco de esgotamento físico e psicológico dos cuidadores (Luttik, 2020).

No ambiente de urgência, a falta de infraestrutura para acomodar familiares adequadamente muitas vezes resulta em desconforto e sofrimento emocional. A preocupação com o paciente e a angústia da separação forçada afetam o bem-estar dos familiares, agravando o estresse (Barreto *et al.*, 2019). A ausência de recursos e espaços específicos para familiares intensifica essas tensões e compromete uma presença humanizada.

Durante procedimentos invasivos, como a reanimação, a prática da permanência da família é frequentemente negada por receio de que a experiência seja emocionalmente traumática para os pais (Hashavya *et al.*, 2023). Esse impedimento, ainda que proteja os familiares, cria um distanciamento que limita o apoio mútuo. Alguns profissionais também expressam preocupações com a confidencialidade do paciente e com o impacto no desempenho da equipe, caso os familiares demonstrem ansiedade ou questionem procedimentos críticos

(Nishisaki; Diekema, 2011; Palomares-González *et al.*, 2023).

Também há preocupações de que a prática da presença familiar durante o atendimento possa desencadear sintomas de transtorno de estresse pós-traumático nos familiares, além de potencialmente interferir no desempenho da equipe de saúde. Esses fatores podem comprometer tanto a qualidade do atendimento prestado quanto a manutenção da confidencialidade do paciente (Afzali *et al.*, 2023).

Outro obstáculo é a dependência excessiva dos familiares, que podem sentir-se pressionados a estar constantemente presentes, o que gera estresse e a sensação de negligência. A falta de uma comunicação clara e da definição de papéis entre a equipe de saúde e os familiares intensifica sentimentos de abandono e desamparo. Além disso, os enfermeiros frequentemente se veem sobrecarregados, o que dificulta a colaboração eficaz com as famílias (Coyne, 2015; Satchell *et al.*, 2023). Barreiras ambientais, organizacionais e culturais também representam desafios significativos para a implementação dessa prática (Shiow, 2022; Seniwati, 2023). Entre as dificuldades mais destacadas estão as divergências de crenças sobre a presença da família, a escassez de recursos organizacionais e o receio de que a presença familiar cause impactos emocionais negativos ou interfira no atendimento (Afzali *et al.*, 2023).

Para enfrentar esses desafios de forma efetiva, é basilar implementar treinamento abrangente para a equipe de saúde, capacitando-os a gerenciar adequadamente a presença da família durante emergências. Uma estratégia recomendada é a designação de um membro da equipe que possa servir como ponte entre os familiares e a equipe de emergência, proporcionando comunicação clara e suporte emocional ao longo do atendimento (Dietrich, 2014). Assim como desenvolver espaços para discutir e implementar o CCPF, investir na formação de profissionais de saúde para atuarem nesse modelo e estimular mais pesquisas que analisem os impactos dessa abordagem, na prática de enfermeiros e médicos (Queruz *et al.*, 2023).

A adoção do CCPF em emergências pediátricas exige o desenvolvimento de protocolos específicos, treinamentos direcionados e a definição clara de funções dentro das equipes de saúde. Esses passos incluem programas de intervenção para superar receios e resistências, principalmente entre profissionais mais experientes, que podem apresentar maior dificuldade em aderir a essas mudanças (Mekiteran; Angelo, 2015; Palomares-González *et al.*, 2023; Hashavya *et al.*, 2023).

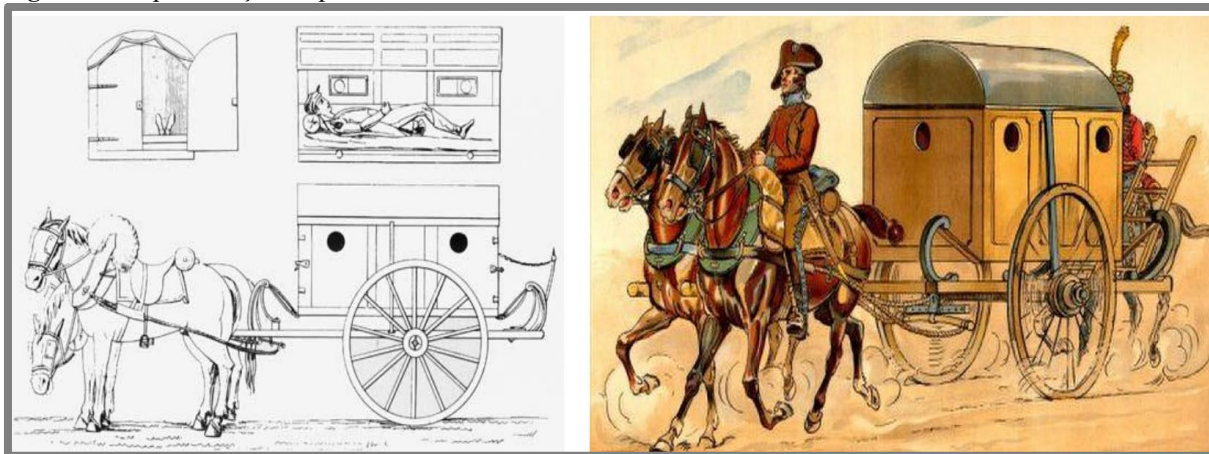
Neste contexto, o Atendimento Pré-Hospitalar (APH) móvel destaca-se como um campo crítico na emergência pediátrica, especialmente no que diz respeito à interação com os familiares, devido à natureza decisiva dos cuidados prestados em um cenário comunitário antes

do transporte para o hospital. Este estudo foi conduzido com o foco nesse ambiente, dada a escassez de pesquisas sobre as necessidades de suporte familiar nesse contexto específico. O objetivo é compreender melhor essa realidade, buscando aprimorar o cuidado prestado e superar os obstáculos metodológicos e éticos que dificultam a realização de estudos sobre o Cuidado Centrado na Família e na Criança (CCPF) no APH móvel.

2.4 O Atendimento Pré-Hospitalar Móvel e a presença da família

O conceito de atendimento pré-hospitalar teve origem no final do século XVIII, com o Barão *Dominique Jean Larrey*, cirurgião-chefe do exército napoleônico, conhecido como o "Pai da Medicina Militar". *Larrey* reconheceu a importância de socorrer soldados feridos durante os conflitos nos campos de batalha, criando as primeiras ambulâncias móveis, chamadas "ambulâncias voadoras" (Figura 2), um conceito que ganhou avanços notáveis durante as Guerras Napoleônicas e a Guerra da Criméia, eventos que impulsionaram inovações no socorro e transporte de feridos (Lippert *et al.*, 2010). Esses modelos possibilitaram atendimento imediato no campo de batalha e estabeleceram as bases do atendimento pré-hospitalar moderno (PHTLS, 2012).

Figura 2 - Representação do primeiro modelo de ambulância: Ambulância Voadora.



Fonte: Google

O Atendimento Pré-Hospitalar (APH) móvel é um componente crítico dos sistemas de emergência médica, visando fornecer cuidados imediatos e estabilização de pacientes antes do transporte para unidades de saúde definitivas. Seu principal objetivo é reduzir a morbimortalidade em situações de urgência mediante intervenções rápidas e decisivas no local da ocorrência (Kill; Betz; Bösl, 2018; Abebe, 2023).

De acordo com Wilson *et al.* (2015), o APH móvel compreende os serviços médicos de emergência voltados à análise, reanimação, estabilização ou prevenção de complicações

antes da transferência para instalações de saúde. Essa assistência é normalmente realizada por profissionais de emergência médica capacitados, que avaliam a condição do paciente, realizam as intervenções necessárias e garantem a estabilização para transporte seguro e tratamento posterior (Azmin; Abdullah; Rahiman, 2023)

Sua eficácia na redução da morbimortalidade é amplamente documentada, e práticas inadequadas de assistência podem impactar negativamente a saúde dos pacientes, assim como a depender da gravidade, o transporte rápido para cuidados definitivos, com menos intervenções em campo, melhora os desfechos (Abebe *et al.*, 2023).

Para mais, o APH móvel desempenha incumbência na cadeia de sobrevivência, ao proporcionar cuidados primordiais no período crítico entre a ocorrência da emergência e a chegada ao hospital. (Alsagoor *et al.*, 2024). Os aprimoramentos de seus sistemas podem reduzir significativamente mortes evitáveis por condições sensíveis ao tempo, como acidentes e eventos cardiovasculares agudos (Bhattarai *et al.*, 2023). Dessa forma, não apenas assegura respostas ágeis e eficientes às emergências médicas, mas também contribui para a melhoria dos desfechos em saúde, consolidando-se como uma estratégia indispensável na gestão de urgências e emergências.

No século XX, a estruturação de sistemas de emergência ganhou relevância, singularmente na Europa. Dois modelos principais emergiram: o modelo franco-alemão, exemplificado pelo SAMU francês (*Service d'Aide Médicale Urgente*), criado na década de 1970, e o modelo anglo-americano, focado em paramédicos que prestam assistência no local e transportam os pacientes ao hospital (Barrier, 2001; Tannebaum *et al.*, 2001). O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) francês se consolidou como um serviço público regionalizado, com profissionais de saúde enviados diretamente ao local da emergência para intervenções complexas (Carli; Lejay; Orliaguet, 1996). Em contrapartida, o modelo anglo-americano priorizou a formação de paramédicos altamente qualificados para intervenções ágeis no campo (Tannebaum *et al.*, 2001).

Uma característica notável desta evolução é a oposição entre as filosofias de "ficar e cuidar" e "pegar e correr". A estratégia francesa de "medicalização pré-hospitalar" e a estratégia anglo-saxônica de "pegar e correr" simbolizam diferentes caminhos que influenciaram os sistemas de emergência em variados contextos (Lansiaux *et al.*, 2024).

Nos Estados Unidos, o atendimento pré-hospitalar era praticamente inexistente antes de meados da década de 1960 (Mccarthy; Patel; Spain, 2020). O relatório "*Accidental Death and Disability: The Neglected Disease of Modern Society*" (1966) enfatizou falhas críticas na gestão de traumas e impulsionou a padronização de treinamentos e protocolos para os serviços

médicos de emergência (EMS), que passaram a salvar inúmeras vidas com a adaptação dos atendimentos hospitalares para o extra-hospitalar (Biddinger *et al.*, 2005).

Nos últimos 30 anos, na África do Sul, houve um avanço notável, com a transição de ambulâncias básicas para veículos equipados e equipes altamente capacitadas. Atualmente, os paramédicos da África do Sul têm acesso a formações avançadas, incluindo doutorados em assistência médica de urgência (Sobuwa, 2020).

No Brasil, o atendimento às vítimas no local da emergência remonta a 1893, quando o Senado da República aprovou uma lei para instituir socorro médico nas vias públicas, com o Rio de Janeiro, então capital, à frente dessa iniciativa. Em 1899, o Corpo de Bombeiros da cidade começou a utilizar a primeira ambulância de tração animal, consolidando a tradição histórica do serviço (Martins; Prado, 2003).

Na década de 1950, foi criado em São Paulo o SAMDU (Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência), mantendo-se inalterado por quase quatro décadas. Em 9 de julho de 1986, foi estabelecido o GSE (Grupamento de Socorro de Emergência) no Rio de Janeiro, substituindo a prestação irregular de equipes não especializadas. O GSE estabeleceu-se como referência, e nos anos 90 o atendimento pré-hospitalar foi amplamente implantado no Brasil, com equipes capacitadas (Martins; Prado, 2003; Ramos; Sanna, 2005).

No Brasil, o sistema de atendimento móvel de urgência reflete uma combinação dos modelos franco-alemão e anglo-americano, resultando em uma atuação única. O SAMU brasileiro foi influenciado pelo sistema francês, mas o país também implementou programas de formação médica no estilo anglo-americano, como o primeiro programa de residência em medicina de emergência em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul (Tannebaum *et al.*, 2001).

A Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2002) considera a área de urgência e emergência um componente da assistência à saúde, abrangendo o atendimento pré-hospitalar fixo e móvel, organizado por um sistema de regulação que coordena o acesso aos serviços de saúde terciária.

O Atendimento Pré-Hospitalar (APH) envolve qualquer assistência prestada fora do recinto hospitalar, desde orientações até procedimentos de primeiros socorros (Anjos; Oliveira; Rosa, 2016). A crescente demanda por atendimento emergencial no Brasil e no mundo reforça a necessidade de organizar a assistência, garantindo atenção qualificada e eficiente (Sousa; Teles; Oliveira, 2020).

Para atender a essa demanda, o Ministério da Saúde implantou, em 2002, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), por meio da Portaria n.º 2018/GM. O SAMU oferece assistência direta ao paciente, exigindo profissionais capacitados para atuar em

situações de estresse, circunstâncias hostis e com pacientes de diversas condições clínicas e faixas etárias, com rapidez e precisão (BRASIL, 2002).

O SAMU visa chegar rapidamente à vítima após uma situação de urgência ou emergência que possa causar sofrimento, sequelas ou morte. As urgências incluem situações clínicas, cirúrgicas, traumáticas, obstétricas, pediátricas, psiquiátricas, entre outras (BRASIL, 2002). Esse serviço, financiado pelas esferas federal, estadual e municipal, funciona 24 horas por dia, oferecendo orientações e enviando veículos (ambulâncias, motolâncias, lanchas, helicópteros) tripulados por equipes capacitadas. O SAMU é acessado pelo número "192" e acionado por uma Central de Regulação de Urgências, realizando atendimentos em residências, locais de trabalho e vias públicas.

Consoante a Portaria n.º 1.010, de 21 de maio de 2012, o SAMU é composto por profissionais de saúde que atuam diretamente no atendimento aos pacientes em ambulâncias. A Unidade de Suporte Básico (USB) deve contar com, no mínimo, dois profissionais: um condutor, socorrista e um técnico em enfermagem ou enfermeiro. Já a Unidade de Suporte Avançado (USA) deve ser composta por três profissionais: um condutor, um enfermeiro e um médico.

Em 2020, o COFEN, por meio da Resolução n.º 633/2020, posteriormente revogada pela Resolução n.º 655/2020, determinou a obrigatoriedade da presença de um enfermeiro no atendimento pré-hospitalar e inter-hospitalar em situações de risco, reforçando que o técnico de enfermagem não pode atuar sem a supervisão de um enfermeiro. Com o reconhecimento do Suporte Intermediário de Vida (SIV), fortalecendo as atribuições do profissional apto a exercer práticas avançadas de enfermagem.

As práticas avançadas de enfermagem exigem um profissional experiente, com habilidades para tomar decisões complexas e competência clínica para uma prática ampliada, o que inclui raciocínio clínico e pensamento crítico, autonomia intelectual, habilidades para resolver problemas complexos, liderança, e competência cognitiva e psicomotora para atuar em ambientes pré-hospitalares.

Nas centrais de regulação, profissionais como técnicos auxiliares de regulação médica (TARM), médicos reguladores, enfermeiros e rádio operadores recebem os chamados dos solicitantes e realizam a regulação dos pedidos de socorro. Essas equipes trabalham com o objetivo primordial de chegar rapidamente às vítimas de diversos agravos, em emergências, garantindo atendimento ágil e adequado. Isso assegura que a vítima seja transportada ao local apropriado para a continuidade do tratamento em uma rede de saúde hierarquizada e organizada (BRASIL, 2002).

O APH móvel envolve ações focadas em reduzir as taxas de morbidade e mortalidade, seguindo protocolos atualizados e buscando sempre o melhor prognóstico evolutivo (PALS, 2021). Exige a aquisição de competências específicas e complexas, pois os pacientes geralmente estão sob risco de agravo à saúde, seja temporário, permanente ou iminente de morte. Isso demanda decisões rápidas, cautela e destreza da equipe, gerando estresse tanto para os profissionais quanto para os familiares (Santana *et al.*, 2017).

As características da cena nesta esfera, como o tipo de acidente, gravidade, número de pessoas envolvidas e idade das vítimas, influenciam a interação entre os profissionais e as famílias. O atendimento em uma unidade de saúde móvel, ambulância, requer, além de uma equipe altamente especializada, entrosamento, treinamentos e adaptações para operar em um espaço limitado e com recursos humanos restritos (Owusu-Ansah *et al.*, 2020).

O atendimento pediátrico pré-hospitalar exige competências técnicas e comportamentais específicas, mas enfrenta desafios significativos, como o manejo das vias aéreas, a dosagem de medicamentos e a comunicação eficaz, que frequentemente geram desconforto nos profissionais de saúde (PALS, 2021). Essa situação é agravada pelo número reduzido de ocorrências pediátricas, o que limita a experiência prática das equipes de intervenção e evidencia lacunas em diretrizes e conhecimentos especializados (Padrez *et al.*, 2021). O alto risco associado às emergências pediátricas, combinado ao baixo volume de atendimentos, enfatiza importância de pesquisas voltadas ao desenvolvimento de competências avançadas, incluindo aspectos críticos do manejo clínico (Friedman *et al.*, 2023; Mockler *et al.*, 2023). Além disso, a ansiedade enfrentada pelos profissionais ao atender crianças gravemente enfermas tem sido relacionada a erros em intervenções essenciais, o que reforça a necessidade de capacitação contínua e específica para melhorar a qualidade do cuidado e a segurança dos pacientes pediátricos (Myhre, 2024).

O desempenho da família durante o atendimento é multifacetado, abrangendo suporte, que inclui apoio emocional, fornecimento de informações clínicas e gestão do estresse em emergências. Em emergências domiciliares, os familiares geralmente acompanham desde o início dos sintomas graves até a chegada da equipe de socorro. Devido à dinâmica do atendimento e às particularidades do APH móvel, a presença de familiares durante os procedimentos é frequentemente restrita, para não comprometer a qualidade do atendimento (Santana *et al.*, 2017).

No contexto pré-hospitalar, os familiares frequentemente participam do cuidado antes da chegada do serviço de emergência, mas os profissionais carecem geralmente de treinamento para integrar as necessidades dessas pessoas ao atendimento (Cruz *et al.*, 2019). Apesar de

muitos considerarem essa interação uma questão de bom senso, o plano multicultural e os avanços tecnológicos tornam a situação mais complexa. Embora os profissionais favoreçam os conceitos de cuidado centrado na família, ainda há lacunas no entendimento de como os membros do SAMU percebem e lidam com a presença familiar durante o atendimento (Loyacono, 2001; Cruz *et al.*, 2019).

Em situações de alto estresse, as famílias podem sentir medo ou desconforto, dificultando a comunicação e a prestação de cuidados (Wyskiel *et al.*, 2015). Outrossim, a ausência dos familiares no atendimento pode gerar tristeza, desespero e sentimentos de abandono. Por outro lado, acompanhantes frequentemente desejam presenciar o atendimento para compreender melhor o estado clínico do paciente e oferecer suporte emocional (Soares *et al.*, 2017).

Também são importantes as considerações culturais. Diversas culturas possuem expectativas distintas em relação à participação familiar, demandando estratégias de comunicação customizadas para assegurar a participação apropriada (Jazieh *et al.*, 2018).

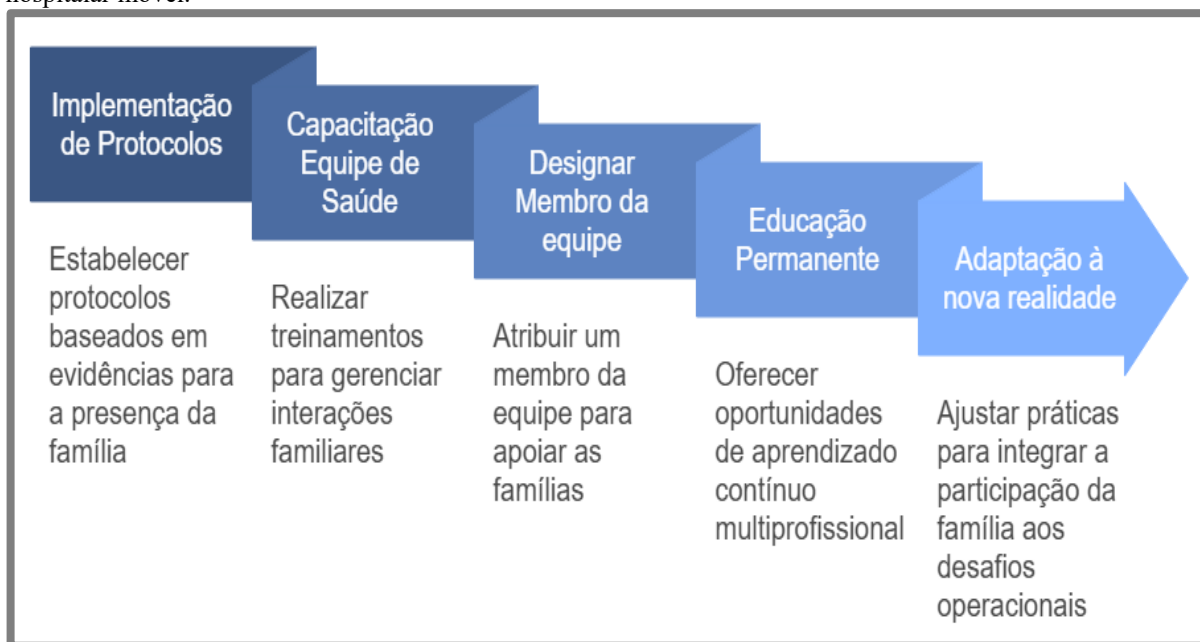
Modelos estruturados de comunicação podem facilitar esse relacionamento, promovendo autonomia do paciente e oferecendo apoio contínuo às famílias (Halm *et al.*, 2024). Contudo, o comportamento disruptivo ou a instabilidade emocional de familiares podem comprometer a assistência, reforçando a implantação de protocolos claros para gerenciar essas situações (Halm *et al.*, 2024).

No atendimento pediátrico, a capacitação técnica e científica dos profissionais deve ser complementada pelo desenvolvimento de habilidades de comunicação e empatia. Esses profissionais precisam dominar suas próprias emoções, reconhecer seus limites e interagir de forma eficaz com a criança e sua família (Owusu-Ansah *et al.*, 2020). Apesar disso, cursos de capacitação ainda priorizam aspectos técnicos, dedicando pouco espaço ao acolhimento e à humanização (Landa-Ramirez *et al.*, 2017).

Diante de uma assistência muitas vezes fragmentada e técnica, é primordial revisitar os valores de humanização para garantir a integralidade do cuidado, em particular no atendimento pediátrico de emergência. A Política Nacional de Humanização (PNH) reafirma a importância desse comportamento ao legitimar práticas que priorizem o cuidado centrado no paciente e na família, promovendo vínculos e ampliando o acesso e a qualidade do atendimento (Bezerra; Oliveira, 2019). No entanto, desafios importantes persistem, principalmente na aplicação prática desses valores neste contexto, que exigem respostas rápidas e muitas vezes intensificam as dificuldades de comunicação e acolhimento.

A evolução do APH móvel reflete o esforço para integrar novas tecnologias, protocolos e modelos organizacionais às demandas locais (Alsagoor *et al.*, 2024). As evidências ressaltam a precisão de estratégias que sensibilizem os profissionais de saúde para práticas centradas na família, incentivando a implementação desse modelo de cuidado (Marcheti; Mandetta, 2016; Soares *et al.*, 2017; Da Cruz *et al.*, 2019). A seguir, estão elencadas algumas estratégias para implementação do CCPF no APH móvel:

Figura 3 - Estratégias para implementação do cuidado centrado no paciente e na família no atendimento pré-hospitalar móvel.



Fonte: Construção do autor

Essas estratégias visam aprimorar o atendimento pediátrico de emergência, conciliando a presença da família com a eficiência do trabalho em equipe dos profissionais de saúde. A inclusão dos familiares no processo de Atendimento Pré-Hospitalar (APH) móvel não apenas melhora a qualidade do cuidado prestado, mas também oferece suporte emocional e contribuições valiosas para a equipe de saúde. Nesse contexto, este estudo propõe a implementação de estratégias de educação permanente que orientem e sensibilizem os profissionais a reconhecerem a família como um componente ativo na assistência. Assim, a família deixa de ser apenas uma fonte de informações, tornando-se uma parceira no cuidado e na tomada de decisões.

Para aprofundar a compreensão sobre a educação em saúde no contexto do atendimento hospitalar, a seguir será explorado o papel do enfermeiro como educador e sua contribuição na promoção da saúde dentro desse ambiente. Sob essa perspectiva, serão analisadas as práticas educativas realizadas pelos enfermeiros e como essas ações podem

influenciar positivamente o cuidado integral do paciente, ao mesmo tempo, em que fortalecem o vínculo entre a equipe de saúde, o paciente e sua família.

2.5 Educação em Saúde no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel: O Enfermeiro como Educador

A educação, fundamentada nos princípios de Paulo Freire (1992), é um processo dinâmico e contínuo que promove a construção coletiva do conhecimento, possibilitando mudanças na realidade histórica e social. Nesse sentido; educar é criar oportunidades para a construção do saber, valorizando a troca de conhecimentos e a empatia como pilares do ensino-aprendizagem, o que se alinha à necessidade de formar profissionais críticos e reflexivos para que a educação cumpra essa função transformadora como destacam Carvalho, Clementino e Pinho (2008). Recorrendo à Lei n.º 8.080/90, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), podemos definir a saúde como um processo dinâmico, complexo e influenciado por múltiplos fatores.

Harmonia dos termos em questão proporciona uma definição para educação em saúde como uma ação básica de saúde relevante que implica na necessidade de ações educativas que estimulem a consciência crítica sobre as condições de saúde e a implementação de práticas transformadoras (BRASIL, 1990; Carvalho; Clementino; Pinho, 2008).

Pensando nesta construção, em 2003 foi aprovada a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde (EPS) – Polos de Educação Permanente em Saúde, que instituiu instâncias regionais e interinstitucionais de gestão da EPS (BRASIL, 2003). Essa proposta foi concebida de forma coletiva e estratégica, visando melhorar a formação dos profissionais de saúde e fortalecer o SUS por meio da problematização do próprio fazer, considerando a realidade local e incentivando os profissionais a se tornarem agentes transformadores de suas práticas e do contexto em que estão inseridos (Baldissera; Bueno, 2014).

O conceito de Educação Permanente em Saúde (EPS) foi ampliado em 2004 com a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), consolidando-se como uma estratégia essencial para o Sistema Único de Saúde (SUS) e marcando um avanço significativo na formação e no trabalho em saúde no Brasil (BRASIL, 2004). Atualizada em 2007, a EPS passou a ser uma ferramenta indispensável para o aprendizado contínuo, ao priorizar a problematização das práticas e o aprimoramento de competências no contexto do território e do trabalho coletivo (Dorneles, 2020). Diferentemente da educação continuada, que foca em treinamentos técnicos e se mostra insuficiente por sua

desconexão com a prática, a EPS promove um aprendizado integrado e alinhado às demandas do SUS (Ducatti, 2022).

A reorientação da formação em saúde proposta pela EPS enfatiza as práticas colaborativas, a educação interprofissional e a negociação de processos decisórios em equipe, o que fortalece o trabalho dialógico e a transformação das práticas assistenciais. Esse modelo pedagógico, como aponta Ceccim (2005), busca mobilizar os profissionais a atuarem sobre problemas identificados em seus contextos, contribuindo para a melhoria contínua da assistência e fortalecimento do SUS.

A Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) estabelece diretrizes para o treinamento no APH móvel, destacando a capacitação contínua como um elemento importante para qualificar o atendimento às urgências (O'Dwyer *et al.*, 2013). Sob essa perspectiva, a formação de recursos humanos no SUS tem avançado, principalmente por meio da PNEPS, que visa integrar as demandas de instrução dos profissionais ao espaço de trabalho, incluindo o APH móvel (França *et al.*, 2017; Ortega; Müller, 2022).

O SAMU depende de ações educativas sistematizadas para capacitar suas equipes diante dos desafios cotidianos. Nesse campo, o enfermeiro atua não somente no cuidado assistencial e na gestão de serviços, mas também no planejamento e na implementação de intervenções educativas voltadas para a equipe multiprofissional (Lutchember; Pires, 2016).

A Portaria n.º 1.010/2012 estabelece que a Rede de Atenção às Urgências (RAU) deve promover programas de Educação Permanente (EP) para o SAMU, visando qualificar o atendimento e fortalecer os serviços de urgência (BRASIL, 2012). A EPS integra formação, modernização do modelo de atenção e promoção da saúde, incentivando a prevenção, a reflexão crítica e a ressignificação das práticas profissionais consoante os princípios do SUS (Silva *et al.*, 2018; Costa *et al.*, 2019).

Em 2006, a criação do Núcleo de Educação em Urgências (NEU) pela PNAU emerge como uma estratégia relevante nesse contexto. Este núcleo promove formação continuada, diagnóstico de necessidades regionais e capacitação de equipes de instrutores e multiplicadores para implementar a educação continuada nos serviços de urgência. Tais iniciativas potencializam as capacidades institucionais e atendem às demandas de um sistema organizado de atenção à saúde (BRASIL, 2002).

A atualização dos protocolos no SAMU, alinhada à EPS, deve levar em conta a diversidade das equipes, a horizontalidade nas relações e a resolução de problemas prioritários, promovendo práticas efetivas e contextualizadas (Pinheiro, 2019).

A atuação do enfermeiro no APH móvel remonta aos anos 1990, sendo suas atribuições

regulamentadas pela Portaria n.º 2.048/2002, que criou o NEU. Suas responsabilidades incluem: supervisão e avaliação das ações de enfermagem nas equipes; atendimento a pacientes em risco de vida, parturientes e recém-nascidos; realização de partos sem distócia; suporte à educação continuada das equipes; cumprimento da legislação profissional; manejo técnico-operacional de equipamentos; e extração manual de vítimas, quando necessário. Complementarmente, a Resolução COFEN n.º 375/2011 determina a obrigatoriedade da presença do enfermeiro no APH, destacando sua responsabilidade como supervisor dos técnicos e auxiliares de enfermagem.

Respalhada pela Resolução COFEN n.º 358/2009, a prática do enfermeiro no APH móvel, esta orienta a Consulta de Enfermagem por etapas interdependentes: coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. Essa normatização reforça a importância dos registros para a análise da atuação interdisciplinar, aplicação de protocolos, demonstração de competências técnicas e evidências de articulação com o SUS (Silveira; Taneda, 2015).

No SAMU, a Educação Permanente em Saúde (EPS) destaca a importância do enfermeiro como educador, integrando teoria e prática, capacitando a equipe e conduzindo processos contínuos de ensino-aprendizagem. Ao atuar como referência para trabalhadores, usuários e suas famílias, o enfermeiro assume funções educativas que transcendem o ensino tradicional, facilitando trocas de saberes e a construção de novas habilidades, alinhadas às necessidades específicas do serviço e à humanização do cuidado (Ferreira *et al.*, 2019; Vendruscolo *et al.*, 2020; Dutra *et al.*, 2024).

Adicionalmente, a formação deste enfermeiro deve abranger não apenas habilidades técnicas, mas também competências comportamentais e de liderança. Instrutores clínicos desempenham um papel fulcral nesse processo, assegurando que os profissionais adquiram experiência prática, além de competências em comunicação e gestão (Sulistiyowati *et al.*, 2021).

Enfermeiros de emergência ocupam uma posição privilegiada para promover saúde e educação em momentos críticos, utilizando "momentos ensináveis" com pacientes e familiares. Contudo, enfrentam desafios como escassez de pessoal, treinamento insuficiente e o trato de temas sensíveis. Superar essas barreiras exige um método sistêmico que fortaleça seu desempenho como educadores e amplie a promoção da saúde na urgência (Schofield *et al.*, 2023).

Constata-se que a EPS não apenas qualifica o cuidado prestado, mas também potencializa a conexão entre teoria e prática, promovendo a humanização, a segurança e a

eficiência no atendimento de urgência e emergência (Oliveira *et al.*, 2015; Pereira *et al.*, 2018). O enfermeiro do APH como educador, surge como peça central nesse processo, alinhando o conhecimento técnico, as competências interpessoais e as estratégias educativas para responder às complexidades e demandas desse cenário (Laprovita *et al.*, 2016). Dessa forma, o processo pedagógico fundamentado na Aprendizagem Significativa e no ensino problematizador é uma medida estratégica para aperfeiçoar as práticas de saúde no SUS (Silva *et al.*, 2018).

2.6 Teoria da Aprendizagem Significativa de Ausubel (1982)

Desenvolvida pelo psicólogo *David Ausubel* em 1963, a teoria da Aprendizagem Significativa (AS) é um marco na compreensão da aquisição de conhecimento. Ele explanou a teoria como a possibilidade de as novas informações interagirem de maneira não literal com o que já se conhece, conferindo significado à realidade, levando em conta o contexto em que se encontra inserido (Ausubel, 1982). Para Moreira e Masini, (2001) é a difusão de novos conhecimentos para o aprendiz. Esse aprendizado lhe permite descrever situações com suas próprias palavras e resolver desafios novos.

Para o autor da teoria, o fator mais importante da aprendizagem é o conhecimento prévio do assunto, isto é, um novo conhecimento torna-se significativo quando está interligado a um conhecimento anterior (Agra *et al.*, 2019). Esse processo é guiado pela assimilação ativa, na qual o aprendiz não apenas adquire informações, mas as relaciona com o conhecimento prévio de maneira lógica e coerente. Portanto, a AS procura contribuir com a execução do aprendizado na realidade do indivíduo, preocupando-se com a captação ideal do conhecimento, transformação do pensamento e a utilização das informações adquiridas na aprendizagem (Distler, 2015). Quanto mais claro e organizado o conhecimento prévio, maior será a chance de assimilar as novas informações (Masini, 2011).

Dessa forma, a apropriação de conhecimentos pode ser iniciada por meio da associação ou solução de problemas, da recepção e organização de dados, de modo a conectá-los aos conceitos relevantes existentes na estrutura cognitiva do aprendiz. Este processo deve ser conduzido de forma não-arbítrio e subjetiva, e não de forma literal, pois o conhecimento não se aprimora através da memorização, em contraste com a aprendizagem mecânica. A aprendizagem carece de ser fundamentada em sentidos, uma vez que esse processo se dá através do intercâmbio de ideias e conceitos, de conhecimentos prévios e novos (Darroz, 2018).

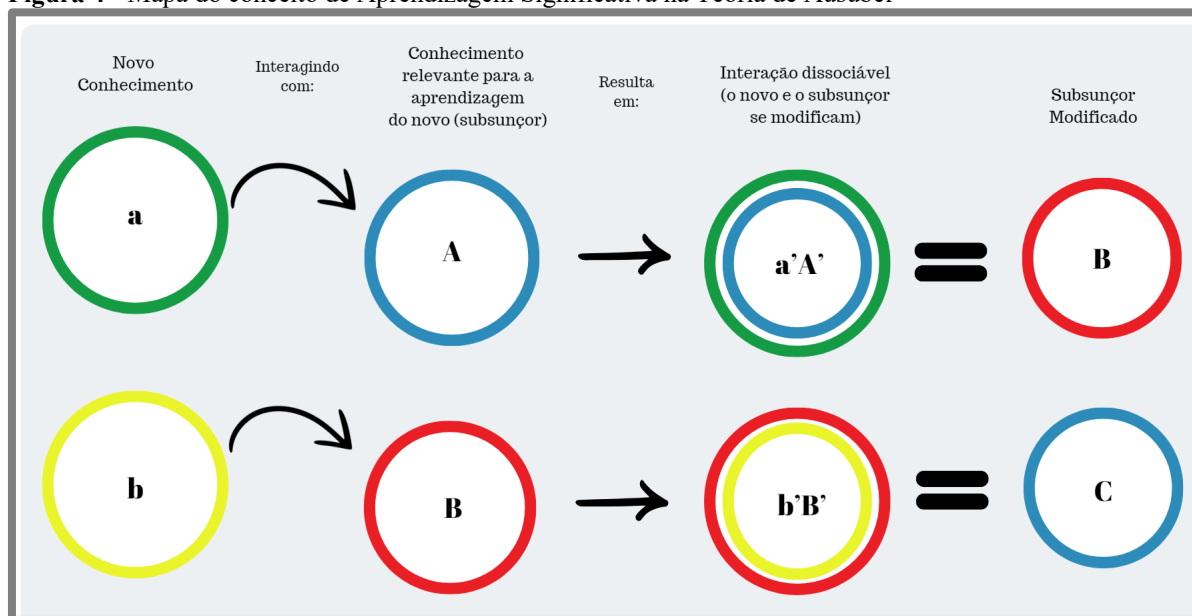
O idealizador da teoria é conhecido como subsunçor ou ideia-âncora. O nome de um conhecimento específico é uma característica que está presente na estrutura do conhecimento de uma pessoa e confere significado aos novos conhecimentos que lhe são apresentados ou

descobertos. A estabilidade cognitiva do subsunçor pode variar conforme o processo de aprendizagem. Sob essa perspectiva, apresenta-se como um processo interativo, ou seja, o novo conhecimento interage com o conhecimento anterior, dando-lhe novos significados. É um conhecimento dinâmico e interativo, que pode ser aperfeiçoado consoante o modo como é aprendido e praticado. (Moreira; Masini, 2001; Agra *et al.*, 2019).

É possível adquirir significados novos na estrutura cognitiva, de forma interativa, hierarquizada e organizada, com elementos pessoais presentes no sistema cognitivo de cada indivíduo, uma vez que esses significados são atribuídos a um dado conhecimento e atribuídos conforme a sua utilidade para a vida diária. No entanto, o aprendiz pode ter esquecimentos, mas isso pode ser facilmente reparado quando ele revisa o conteúdo. (Agra *et al.*, 2019).

Para atingir esse objetivo, são descritas duas condições fundamentais. A primeira é a disposição do aprendiz em aprender. Se a sua intenção for memorizar ou decorar o conteúdo de forma arbitrária e literal, o seu processo de aprendizagem será automático e mecânico. A segunda condição diz respeito ao material de aprendizagem que deve ser relevante, ou seja, considerável para o aprendiz, o que significa que ele disporá de subsunçores adequados em sua estrutura cognitiva, de forma que possa dialogar de forma adequada e relevante com o que já tinha, assim como dar significado aos novos conhecimentos (Bezerra *et al.*, 2022).

Figura 4 - Mapa do conceito de Aprendizagem Significativa na Teoria de Ausubel



Fonte: Pinheiro (2013)

Trata-se de uma teoria sobre a aquisição, com significados, de corpos organizados de conhecimento em situação formal de ensino. O aprendiz aprende a partir do que já sabe, e segue

premissas de evolução desses conhecimentos com a facilitação de novas formas de aprendizado (Farias, 2018).

A AS deve ser aplicada de forma prática, de modo que os indivíduos tenham facilidade em aplicar as informações adquiridas. Sendo assim, ela é valorizada segundo o significado dessas informações (Gomes *et al.*, 2009).

Diante dessas condições, Ausubel (1963) apresenta três tipos de aprendizado significativos. A primeira aprendizagem é a representacional. É a que dá significado a uma palavra, que, na maioria das vezes, é percebida na estrutura cognitiva do aprendiz, associada à sua representação concreta, que pode ser um conceito ou objeto. A segunda, refere-se a conceitual, atua como continuidade da primeira, diferenciada por apresentar conceitos mais elaborados, de forma genérica e categórica (Moreira; Masini, 2011). A terceira é a aprendizagem proposicional, ela se contrapõe à primeira, considera que para entender determinada ideia, é preciso estar sob a forma de proposição (Moreira; Masini, 2011; Darroz, 2018).

Em síntese, para ocorrer a AS, é necessário um conteúdo potencialmente relevante, com conceito e ideia preexistentes, atribuindo significado. Deve haver um compromisso e um esforço intencional para fazer as associações dos novos conhecimentos com seus subsunçores, para serem aplicadas em seu meio social (Darroz, 2018).

Dado que o processo de aprendizagem é no trabalho e no dia a dia, a AS é uma forma de alterar a realidade, ao questionar e refletir criticamente sobre a prática, reconhecendo os profissionais de saúde como sujeitos ativos de um processo de construção social de saberes e práticas (Rodrigues *et al.*, 2010).

Por conseguinte, ao adotar as teorias de Ausubel (1963), é possível aumentar a participação ativa e enriquecer seu teor, a fim de propor melhorias nas práticas assistenciais, tornando seu conteúdo significativo.

Para capacitar os profissionais sobre o cuidado centrado na família, precisa considerar tanto a disposição quanto a estrutura cognitiva de cada indivíduo envolvido no processo. A integração de novos conhecimentos exige não apenas a relevância do conteúdo apresentado, mas também a predisposição do profissional para incorporá-lo de forma significativa ao seu saber prévio. A intervenção educacional proposta segue essa fundamentação pedagógica, buscando harmonizar os conceitos sobre família com o conhecimento existente de cada participante.

Nesse contexto, a simulação tem se destacado como uma estratégia educativa inteligente, amplamente reconhecida nas pesquisas analisadas. Esse método se mostra

promissor por promover melhorias no desempenho individual e no trabalho em equipe, estimular o desenvolvimento de habilidades práticas e do raciocínio clínico, além de reforçar a aplicação de protocolos assistenciais. Assim, a simulação não apenas potencializa a qualidade da assistência prestada, como também contribui para uma maior segurança do paciente, consolidando-se como uma ferramenta indispensável na capacitação de profissionais de saúde.

2.7 Simulação Clínica como estratégia de ensino no APH móvel para abordagem centrada no paciente e na família

Nas últimas duas décadas, a Simulação Clínica (SC) consolidou-se como uma estratégia pedagógica substancial na formação em saúde, abrangendo desde a graduação e pós-graduação até a educação continuada e permanente (Turkot *et al.*, 2019). Apesar de sua ampla utilização recente, registros históricos indicam práticas semelhantes desde tempos antigos, como na passagem bíblica em que Jacó, simulando ser Esaú, recebe a bênção de Isaac, cerca de 1590 a.C. (Martins *et al.*, 2012). Contudo, a aplicação moderna da simulação, aliada ao suporte tecnológico, começou a ganhar forma na década de 1920, quando Edwin A. Link desenvolveu o primeiro simulador para treinamento de pilotos, integrando avanços da aeronáutica e da cibernética (Martins *et al.*, 2012).

A SC é uma estratégia que pode ser fundamentada em diferentes modelos teóricos de ensino-aprendizagem. Conforme a sua proposta, promove aprendizagens significativas e demonstra eficácia na educação cognitiva e comportamental. A Teoria de Kolb (1984), que se baseia na transformação do conhecimento através da experiência prática, destaca a interação entre os aspectos internos e externos do indivíduo. A Teoria de Ausubel (1982) reforça a importância de se integrar novos conhecimentos a saberes já existentes, sendo o aprendiz parte integrante do processo e disposto a aprender (Malfussi, 2021; Almeida *et al.*, 2015). Apesar dos diferentes estilos de aprendizado, há quatro etapas que são comuns a todos: experiência concreta, observação reflexiva, conceituação abstrata e experimentação ativa (Bergamasso; Passos; Nogueira, 2020).

Sendo assim, para se concretizar, deve ser planejada com rigor metodológico, assegurando que os cenários sejam estruturados para atender às necessidades educacionais dos participantes e promover um espaço seguro para o aprendizado. O Modelo de *Design de Jeffries* (2007) oferece um referencial relevante por incluir elementos importantes para o êxito da simulação, tais como a definição clara de objetivos, a fidelidade dos cenários e o estímulo à resolução de problemas. Esses parâmetros não apenas orientam a construção e a implementação das atividades simuladas, mas também garantem a eficácia no desenvolvimento de

competências técnicas e comportamentais.

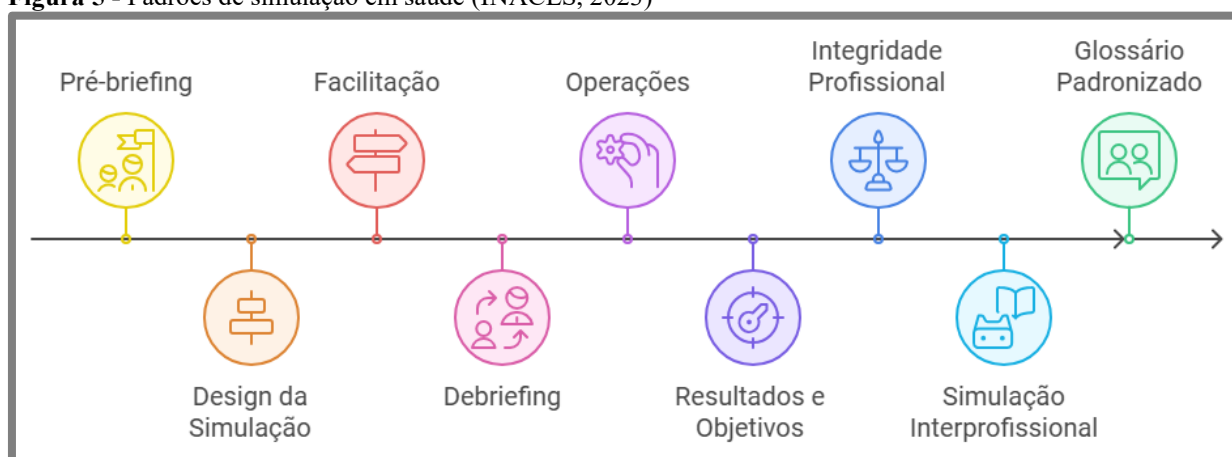
A simulação pode ser conduzida de diferentes formas e a escolha do melhor método deve ser pautada no objetivo instrucional proposto. Conforme Nogueira; Domingues; Espadaro, 2020, dentre as diversas estratégias de simulação clínica, destacam-se:

- ✓ **Simulação para treinamento de habilidades:** também chamada de aula simulada, envolve a preparação de ambientes simulados para que os participantes possam desenvolver habilidades psicomotoras, cognitivas e/ou afetivas.
- ✓ **Simulação com uso de simuladores:** utiliza simuladores de diferentes níveis tecnológicos (baixa, média e alta fidelidade) como estratégia prática de ensino na área da saúde.
- ✓ **Simulação com paciente simulado (simulação cênica):** emprega pessoas treinadas para representar sintomas ou condições clínicas específicas, oferecendo uma interação mais realista para os aprendizes.
- ✓ **Paciente padronizado:** diferentemente do paciente simulado, o paciente padronizado é treinado para se comportar de forma consistente e precisa, garantindo a repetibilidade do comportamento durante as atividades de ensino ou avaliação.
- ✓ **Simulação híbrida:** combina duas ou mais modalidades de simulação em um único treinamento, proporcionando uma experiência integrada e abrangente.
- ✓ **Prática deliberada em ciclos rápidos:** consiste em repetir o mesmo cenário de simulação várias vezes, até que a competência desejada seja alcançada, com foco em aprendizado e correção de erros.
- ✓ **Simulação virtual:** utiliza tecnologias baseadas em computador, como softwares e ferramentas de realidade virtual, permitindo experiências imersivas e interativas em um ambiente digital.
- ✓ **Simulação *in situ*:** realizada diretamente no local onde a assistência à saúde ocorre, como hospitais ou unidades de pronto atendimento, proporcionando maior fidelidade contextual e integração com a equipe.
- ✓ **Telessimulação:** incorpora recursos de telecomunicação e tecnologia de simulação para fornecer educação a distância, expandindo o alcance do treinamento.

A simulação clínica se destaca como uma importante ferramenta educacional, capaz de abranger múltiplas dimensões que promovem a formação e o desenvolvimento de competências técnicas e comportamentais de forma integrada e eficaz. Um de seus pilares é o desenvolvimento profissional dos simulacionistas, para garantir a atualização dos avanços científicos e tecnológicos, viabilizando experiências educacionais de alta qualidade. A *International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning* (INACSL), uma

organização dedicada a promover a segurança do paciente por meio da excelência na simulação de cuidados em saúde, atualizou em 2023 os Padrões de Simulação em Saúde. Essa atualização, fundamentada em evidências científicas, estruturou o processo em etapas específicas, que incluem:

Figura 5 - Padrões de simulação em saúde (INACLS, 2023)



Fonte: Construção do autor

- ✓ **Pré-briefing:** preparatória, assegura que os participantes estejam alinhados aos objetivos educacionais e às regras básicas da simulação, promovendo um contexto propício para a imersão.
- ✓ **Design da simulação:** organiza estrutura, processos e resultados que se conectam aos objetivos programáticos e valores institucionais, fortalecendo a coerência da estratégia em diferentes contextos.
- ✓ **Facilitação:** guia os participantes no entendimento dos objetivos de aprendizagem.
- ✓ **Debriefing:** incorporando feedbacks e reflexões guiadas, contribui para a internalização dos conhecimentos adquiridos e a transferência desses para a prática clínica.
- ✓ **Operações:** etapas sustentadas por uma infraestrutura sólida que abrange recursos humanos, tecnológicos e organizacionais para implementar experiências baseadas em simulação.
- ✓ **Resultados e objetivos:** delineados de maneira mensurável, orientam os aprendizes na direção dos comportamentos esperados e resultados desejados.
- ✓ **Integridade profissional:** assegura que todos os envolvidos na simulação sigam padrões éticos de conduta, reforçando a confiança e a qualidade do processo educacional.
- ✓ **Simulação interprofissional continuada:** promove a integração de estudantes de diferentes áreas da saúde, permitindo-lhes colaborar em um ambiente simulado para

alcançar metas comuns. A avaliação do desempenho e do aprendizado é igualmente relevante, facilitando o acompanhamento do progresso dos participantes e ajustando o treinamento para o alcance dos objetivos estabelecidos.

- ✓ **Glossário padronizado:** favorece a comunicação assertiva entre simulacionistas, aprendizes e demais envolvidos.

Independentemente da fidelidade dos simuladores utilizados — baixa, média ou alta — ela proporciona um local controlado onde os aprendizes podem cometer erros, compreendê-los e corrigi-los, repetindo procedimentos até alcançarem a excelência técnica. Essa característica reduz ou elimina potenciais danos à assistência em cenários reais, assegurando uma aprendizagem significativa e segura (Mazzo *et al.*, 2017).

Estudos apontam que a SC supera métodos tradicionais de ensino em saúde, proporcionando resultados imediatos e duradouros no aprendizado (Pottle, 2019; Almeida; Hinton, 2023; Ajemba; Ikwe; Iroanya, 2024). Esse enfoque replica situações clínicas reais em ambientes controlados, permitindo que estudantes e profissionais desenvolvam competências sem comprometer a integridade do paciente (Gaba, 2004; Mazzo *et al.*, 2017). Uma metodologia que promove a aquisição de habilidades técnicas e não técnicas, contribuindo para a redução de eventos adversos, a melhoria na qualidade do atendimento e a colaboração entre equipes de saúde (Fonseca; Reis; Melaragno, 2023; O'Leary, 2024).

Reconhecendo sua importância, a Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica a simulação como uma tática para a segurança do paciente, incorporando-a em estratégias globais voltadas à redução de incidentes nos serviços de saúde (Andrade *et al.*, 2018).

A educação baseada em simulação (SBE), inserida na educação em saúde, promove a imersão em cenários realistas, integrando tecnologias avançadas, como manequins de alta fidelidade e recursos de realidade virtual, que aprimoram a experiência de aprendizagem (Zhu *et al.*, 2020; Boucetta; Alaoui, 2023; Saratila *et al.*, 2024; Elendu *et al.*, 2024; Singh *et al.*, 2024). Essa abordagem oferece inúmeros benefícios aos profissionais, como o aperfeiçoamento de habilidades práticas e comunicacionais, o fortalecimento do pensamento crítico e da tomada de decisões, o estímulo ao trabalho em equipe e o aumento da confiança profissional, contribuindo para a excelência no cuidado ao paciente e a segurança nas práticas de saúde. (Smith, 2009; Chakravarthy *et al.*, 2011; Kalidindi; Kirk; Griffith, 2018; Boucetta; Alaoui, 2023; Sparks *et al.*, 2024; O'Leary, 2024).

Adicionalmente, a SBE fomenta competências como empatia e redução da ansiedade em contextos reais de atuação, proporcionando um impacto positivo e duradouro, na prática, profissional, ampliando tanto a segurança do paciente quanto a qualidade dos cuidados

prestados (Negri *et al.*, 2017).

O Brasil também aderiu a essa transformação no ensino superior, com destaque para as carreiras da saúde, frente às exigências de um mercado dinâmico e às inovações tecnológicas e científicas. Essas mudanças trouxeram lacunas no treinamento clínico tradicional, que foram parcialmente preenchidas pelo uso expandido do método (Lima *et al.*, 2021). Desde a década de 1990, tem suas raízes em cursos de suporte avançado de vida, como o ATLS e o ACLS, embora inicialmente houvesse resistência quanto à sua ampla adoção frente a metodologias como a Aprendizagem Baseada em Problemas (Lima *et al.*, 2021).

Atualmente, o treinamento por simulação é amplamente reconhecido como uma das principais estratégias para o ensino e capacitação de estudantes e profissionais da saúde (Jarvill *et al.*, 2017; Craig *et al.*, 2021; Jung; Kim, 2024). Diversos estudos destacam sua eficácia ao empregar cenários simulados metodologicamente estruturados e validados por especialistas, assegurando confiabilidade e aplicabilidade em diferentes contextos educacionais (Nascimento *et al.*, 2021; Rocco *et al.*, 2023). Como enfatizam Lima *et al.* (2021), a simulação permite que os aprendizes se engajem em atividades análogas à realidade, promovendo a aquisição de competências em um espaço seguro e artificial. Além disso, estimula uma aprendizagem significativa ao conectar novos conhecimentos com experiências prévias, incentivando a busca por significados lógicos e psicológicos no processo de ensino (Smith, 2009).

A literatura demonstra que a habilidade em enfermagem é pertinente para uma prática clínica segura e eficaz. Ela se desenvolve a partir de uma base sólida de conhecimentos em enfermagem, apoiados em evidências, que são constantemente aprimorados por meio de experiência e educação contínua. Esses três campos são: conhecimento clínico/técnico, habilidades interpessoais e capacidades de reflexão crítica. Quando desenvolvidos de forma integrada, permitem que os profissionais encarem os desafios da prática com confiança, proporcionando um cuidado de excelência e segurança ao paciente. (Smith, 2009)

Na prática, a crescente incorporação da simulação clínica (SC) nos currículos de enfermagem reflete as transformações nos ambientes de prática clínica e as preocupações éticas associadas, as quais têm limitado as oportunidades de aprendizado em contextos reais. A utilização da simulação permite que os estudantes desenvolvam suas habilidades em ambientes controlados, garantindo a segurança do paciente (Bias *et al.*, 2016; Zhu *et al.*, 2020).

A SC emerge como uma conduta prática e realista para o treinamento em emergências, oferecendo uma oportunidade única para profissionais de saúde praticarem e aprimorarem competências essenciais em um local preservado (Van Gelderen, 2012; Khalil; Hantira; Alnajjar, 2023).

No âmbito do atendimento pré-hospitalar móvel (APH móvel), essa estratégia tem se destacado ao replicar cenários complexos, promovendo a aquisição de habilidades técnicas e não técnicas, essenciais para o gerenciamento de emergências. A SC permite que as equipes de APH móvel enfrentem situações desafiadoras em um ambiente controlado, utilizando tecnologias avançadas, como manequins de alta fidelidade, simuladores virtuais e treinamentos *in situ* (Franzon *et al.*, 2020). Esses recursos aumentam o realismo dos cenários e possibilitam uma melhor preparação para lidar com emergências críticas, como parada cardiorrespiratória, trauma grave e situações pediátricas complexas associados aos aspectos humanos do atendimento (Rodrigues *et al.*, 2020; Mason *et al.*, 2020; Costa *et al.*, 2021; Thompson *et al.*, 2023).

As simulações *in situ*, realizadas em ambulâncias ou unidades móveis reais, são particularmente valiosas, pois familiarizam os profissionais com os fluxos de trabalho e equipamentos específicos, enquanto identificam e atenuam problemas operacionais (Lindsay; Soghoian, 2017; Mason *et al.*, 2020).

No APH móvel, o treinamento de habilidades clínicas e interpessoais, incluindo comunicação, trabalho em equipe e tomada de decisão assertiva são indispensáveis (Chakravarthy *et al.*, 2011; Sparks *et al.*, 2024). Cenários simulados proporcionam esse desempenho devido à sua imprevisibilidade e à necessidade de decisões rápidas e coordenadas (Franzon *et al.*, 2020). Pesquisas apontam que a SC reduz incidentes, melhora a qualidade do atendimento dentro deste contexto com a promoção da segurança do paciente, trabalho em equipe, consolidando-se na educação permanente de profissionais de saúde de emergência (Smith, 2009; Van Gelderen, 2012; Andrade *et al.*, 2018; Khalil; Hantira; Alnajjar, 2023).

O APH requer do profissional preparo físico, mental e cognitivo, empenho, consciência e ética, além de considerar as particularidades do ambiente em que atua. Um profissional mal preparado pode piorar a qualidade de vida de uma vítima, mas a sua boa conduta e desenvoltura no atendimento, baseados em protocolo, trarão ao paciente efeitos positivos na morbidade e mortalidade (Rocco *et al.*, 2023).

No que tange a aplicação da simulação em emergências pediátricas é particularmente relevante, devido à complexidade do cuidado com crianças e aos desafios específicos, como a dosagem precisa de medicamentos e o manejo emocional da equipe e da família (Schafer; Kremer, 2022; Rayburn *et al.*, 2023). Cenários simulados com foco em pediatria ajudam a fortalecer a confiança dos profissionais, reduzir erros e melhorar o gerenciamento de situações críticas, contribuindo para melhores desfechos clínicos e para a humanização do cuidado. Em pediatria, a empatia é particularmente importante nas discussões sobre a morte e proteção

infantil (Sweeney *et al.*, 2020).

Associado a pediatria, o cuidado centrado na família tem ganhado destaque como um pensamento que transcende o atendimento tradicional focado no paciente, reconhecendo a família como parte integral do processo de cuidado (Khalil, Hantira; Alnajjar, 2023). Essa perspectiva, desenvolvida ao longo das últimas duas décadas, apresenta benefícios significativos, como melhores desfechos de saúde e redução de custos quando comparada a modelos convencionais centrados no hospital (Nurunnabi *et al.*, 2023). No entanto, currículos de enfermagem ainda oferecem atenção limitada à inclusão da família, priorizando o cuidado individualizado ao paciente.

O uso de SC emerge como uma estratégia para integrar o CCPF, sobretudo em contextos de alto estresse, como o APH móvel na pediatria. Cenários simulados que incluem familiares permitem que os profissionais pratiquem habilidades de acolhimento, comunicação e manejo emocional, promovendo uma assistência mais segura, humanizada e eficiente (Beesley; Brown, 2020; Bordessoule *et al.*, 2022). Inclusivamente, tais experiências beneficiam tanto os profissionais quanto as famílias, reduzindo a ansiedade e fortalecendo a confiança mútua, enquanto promovem maior segurança em procedimentos e satisfação no trabalho para os profissionais (Staugaitis *et al.*, 2018; Mason *et al.*, 2020; O'Leary, 2024).

A simulação clínica não apenas prepara os profissionais para as complexidades do cuidado centrado na família, mas também amplia sua capacidade de atender às necessidades específicas das crianças e famílias no pré-hospitalar, contribuindo para uma prática mais compassiva (Araújo *et al.*, 2024; Thompson *et al.*, 2024).

Embora a SC exija investimentos significativos em infraestrutura e equipamentos, sua contribuição para a segurança do paciente e a qualidade do cuidado justifica a expansão de seu uso (Boucetta; Alaoui, 2023). Avanços tecnológicos, como a telessimulação e a prática deliberada em ciclos rápidos, têm tornado essa metodologia cada vez mais acessível (Oliveira, 2018; Nogueira; Domingues; Espadaro, 2020). No contexto do APH móvel, a continuidade do investimento em SC, aliada a programas de treinamento interprofissional e longitudinal, corrobora em profissionais capacitados e garantem a excelência no atendimento em emergências (Nogueira; Domingues; Espadaro, 2020; Schram *et al.*, 2024).

Em síntese, a simulação estabelece-se como uma ferramenta indispensável na educação em saúde, especialmente no contexto do atendimento pré-hospitalar (APH) móvel. Ao oferecer um ambiente seguro e realista para o desenvolvimento de competências essenciais, sua aplicação em cenários pediátricos, envolvendo a presença da família, e em situações de alta complexidade destaca seu papel transformador na assistência à saúde. Além de promover a

segurança do paciente, a simulação contribui para a humanização do cuidado e para o fortalecimento da confiança e do desempenho da equipe de saúde.

Objetivos

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- ✓ Construir e implementar uma intervenção educacional para profissionais de enfermagem no contexto pré-hospitalar móvel, com ênfase no atendimento emergencial pediátrico centrado na família.

3.2 Objetivos Específicos

- ✓ Mapear estudos sobre treinamentos por simulação clínica, direcionados aos socorristas durante emergências em crianças, focados na interação com famílias.
- ✓ Desenvolver e validar um cenário simulado para o atendimento emergencial pediátrico no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel, integrando a abordagem Cuidado Centrado no Paciente e na Família para profissionais da enfermagem.
- ✓ Implementar o piloto do cenário simulado, previamente construído e validado, com profissionais de enfermagem atuantes no atendimento pré-hospitalar móvel.

Percurso Metodológico

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo metodológico de desenvolvimento e validação de conteúdo de um cenário para treinamento por simulação para profissionais de enfermagem do Atendimento Pré-Hospitalar Móvel, fundamentado no Cuidado Centrado no Paciente e na Família, no contexto de emergências pediátricas.

A pesquisa metodológica é planejada para desenvolver, validar e avaliar instrumentos e métodos de pesquisa, garantindo a validade e a fidedignidade dos dados. Esse tipo de estudo atende à crescente demanda por resultados confiáveis, testes rigorosos de intervenções e procedimentos avançados de coleta de dados, despertando maior interesse entre pesquisadores de enfermagem (Polit; Beck, 2019).

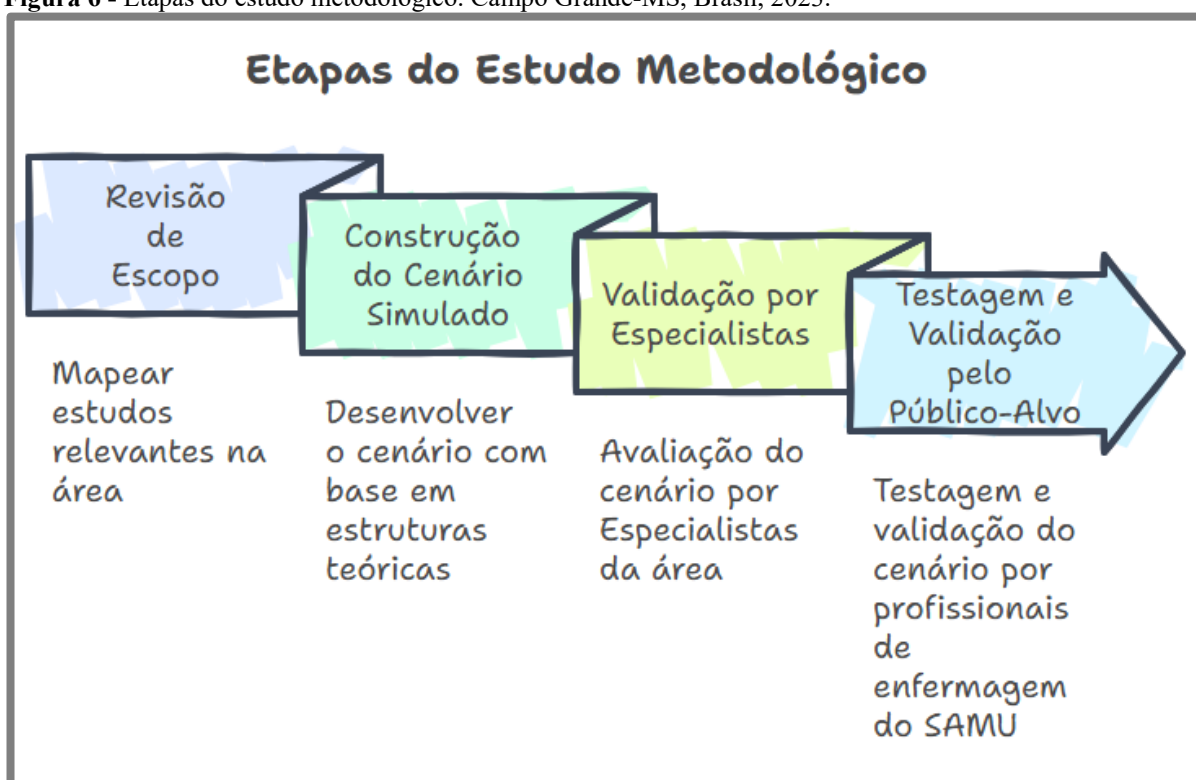
4.2 Etapas do estudo

Com intuito de responder à questão norteadora e aos objetivos propostos nesse estudo, segue uma síntese das etapas da pesquisa, e elucidadas na Figura 6:

- ✓ **Etapas 1 - Revisão de Escopo:** foi realizada uma revisão de escopo para identificar os estudos relevantes no campo de interesse. Este tem por finalidade sintetizar evidências de pesquisa e caracterizar quanto sua natureza, característica e volume (Tricco *et al.*, 2016).
- ✓ **Etapas 2 - Construção do cenário de simulação:** o arcabouço estrutural do constructo foi embasado no roteiro teórico-prático para simulação clínica proposto por Fabri *et al.*, (2017). O desenvolvimento teórico guiado nos pressupostos da filosofia do Cuidado Centrado no Paciente e na Família (CCPF), assegurando que as necessidades e valores dos pacientes e suas famílias fossem priorizados. Ademais, a ferramenta *Van Gelderen Family Care Rubric* (VGFCR) foi incorporada para auxiliar no aprimoramento das habilidades de comunicação e cuidado familiar durante a simulação (Van Gelderen *et al.*, 2019).
- ✓ **Etapas 3 - Validação do cenário por especialistas:** para o processo de validação, posteriormente à construção do cenário, foram convidados peritos com experiência nas áreas e temas de interesse, para análise e julgamento dos itens relacionados ao cenário proposto. Os especialistas foram selecionados por meio da análise do Currículo *Lattes* e caracterizados segundo os critérios propostos por Jasper (1994).

- ✓ **Etapa 4 – Testagem e validação com público-alvo:** o cenário de simulação clínica foi testado por cinco enfermeiras e seis técnicos de enfermagem, todos atuantes no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e pertencentes ao público-alvo. Esses participantes foram selecionados aleatoriamente e não haviam participado do desenvolvimento da simulação. A pesquisadora realizou o convite pessoalmente e por meio do *WhatsApp*, fornecendo orientações sobre a proposta do teste e agendando a data para a participação. O objetivo dessa etapa foi avaliar a clareza da descrição do cenário, a funcionalidade e o tempo dos componentes da simulação e a estruturação do *debriefing*.

Figura 6 - Etapas do estudo metodológico. Campo Grande-MS, Brasil, 2023.



Fonte: Construção do autor

4.3 Etapa 1 - Revisão de Escopo

A revisão de escopo é uma ótica cada vez mais comum em pesquisas em saúde, visando mapear amplamente uma área de pesquisa e identificar as evidências qualitativas e/ou quantitativas disponíveis na literatura. Esse tipo de revisão abrange uma ampla variedade de evidências científicas, proporcionando uma visão abrangente e profunda do tema estudado. É essencialmente útil para identificar evidências emergentes, desenvolver um "mapa conceitual", fornece uma visão geral da questão e identificar lacunas no conhecimento, orientando futuras investigações (JBI, 2020).

Para realizar essa revisão, foram seguidas as cinco etapas recomendadas estruturada conforme as diretrizes do JBI *Manual for Evidence Syntheses* (JBI, 2020):

- 1) Identificação da pergunta de pesquisa: A pergunta de pesquisa em uma revisão de escopo deve considerar o conceito estudado, a população envolvida e o resultado de saúde de interesse. Para estruturar essa questão, pode-se utilizar o acrônimo PCC, onde P representa a população, C o conceito estudado, e o segundo C o contexto (JBI, 2020). O objetivo do estudo, a pergunta orientadora e a estratégia de busca foram definidas com base nesse mnemônico. A pergunta orientadora para este estudo foi: “Como tem sido o processo de interação familiar nos treinamentos de simulação clínica para socorristas no contexto emergencial pediátrico? ”. Considerando-se como população: socorristas; o conceito: treinamentos por simulação clínica e o contexto: contexto emergencial pediátrico.
- 2) Busca de estudos relevantes: os critérios de inclusão, exclusão e busca para a revisão devem ser definidos previamente. Com base na pergunta de pesquisa, foram selecionados descritores controlados e indexados do *Medical Subject Headings* (MeSH), *EMBASE Subject Headings* (EMTREE), *CINAHL Headings* e *Descritores em Ciências da Saúde* (DeCS). As palavras-chave foram escolhidas a partir de sugestões dos vocabulários controlados e de uma leitura detalhada sobre o tema. Para combiná-las, utilizaram-se os operadores booleanos *OR* e *AND*, conforme as especificidades de cada base de dados. Os descritores e palavras-chave selecionados no idioma inglês e português para a realização da presente revisão são apresentados no quadro a seguir, segundo o acrônimo PCC.

Quadro 1 - Mnemônico e descritores utilizados nas buscas, 2024

Mnemônico	Descritores	DeCS/MeSH/EMTREE
População: Socorristas	<i>Emergency Responders</i> <i>Health Personnel</i>	Socorristas <i>Emergency Responders</i> <i>Emergency First Responder</i> <i>First Responder</i> Pessoal de Saúde <i>Health Personnel</i> <i>Health Care Provider</i> <i>Healthcare Provider</i> <i>Healthcare Worker</i> <i>Health Care Professional</i>

Continua

Continuação do Quadro 1.

Conceito: Interação familiar nos treinamentos de simulação clínica	<i>Simulation Training</i>	Treinamento por Simulação <i>Simulation Training</i> <i>Interactive Learning</i>
Contexto: Contexto emergencial pediátrico	<i>Child</i>	Criança <i>Child</i> <i>Children</i>

As bases de dados consultadas incluíram: *Embase* (Elsevier), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), *National Library of Medicine* (MEDLINE/PubMed), *Web of Science Core Collection* (Clarivate Analytics), *Scopus* (Elsevier), *Cochrane Library*, CINAHL EBSCOhost with Full Text e *ScienceDirect*. Também foi realizada uma busca em fontes não indexadas, conhecidas como literatura cinzenta, utilizando as mesmas palavras-chave e operadores booleanos em inglês e português. As fontes consultadas incluíram o Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES, a Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD), o Banco Internacional de Acesso Aberto a Teses e Dissertações (OATD), o *Academic Archive Online* (DIVA), o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) e o Sistema de Informação *Open Gray*.

Os critérios de inclusão selecionaram evidências de estudos que utilizaram treinamentos por simulação clínica como estratégia educacional para profissionais de saúde ou socorristas no contexto de emergência pediátrica. Foram considerados artigos completos, documentos de sociedades, manuais, *guidelines*, protocolos, documentos governamentais, teses e dissertações disponíveis na íntegra que abordassem o tema. Além disso, as listas de referências das publicações foram revisadas para identificar todos os estudos relevantes. Não houve restrição temporal ou de idioma. Foram excluídas monografias, resenhas, editoriais, cartas ao editor, opiniões de especialistas, resumos, anais e correspondências.

- 3) Seleção dos estudos: esse processo iterativo envolve a pesquisa na literatura para selecionar estudos que possam responder à questão de pesquisa. A busca priorizou a descrição de variáveis associadas a treinamentos de simulação clínica para socorristas, com foco na abordagem à família da criança. Foram considerados elegíveis os estudos que envolvessem a filosofia do Cuidado Centrado na Família e no Paciente em contextos de atendimento emergencial. A inclusão ou exclusão das evidências na revisão foi feita na seguinte sequência: análise do título, do resumo e, por fim, leitura completa do texto. Para ampliar a busca, as referências dos artigos incluídos na revisão foram examinadas para identificar estudos adicionais relevantes ao tema.

- 4) Mapeamento dos dados: o mapeamento dos dados envolve a definição das variáveis que serão extraídas dos estudos para responder à questão de pesquisa. Foi utilizado um instrumento para coletar as principais informações dos artigos incluídos na revisão, permitindo tanto a resposta à pergunta de pesquisa quanto a caracterização dos estudos. As variáveis consideradas foram: título do estudo, ano e país de publicação, delineamento, objetivo do estudo, citação (autores), origem (revista, *guideline*, tese, etc.), local (país ou região), população, contexto, intervenção educativa, tipos de simulação e habilidades.
- 5) Agrupamento, resumo e apresentação dos resultados: os dados foram analisados de forma temática e descritiva, relacionando-os à pergunta de pesquisa e ao objetivo do estudo. A síntese dos dados foi apresentada por meio de tabelas, figuras, gráficos e esquemas, detalhando os instrumentos de medida utilizados. A análise dos estudos focou na inserção da abordagem familiar nos treinamentos de simulação clínica para socorristas em emergências pediátricas.

4.4 Etapa 2 - Construção do roteiro para cenário clínico simulado: “Atendimento pré-hospitalar móvel em emergência clínica pediátrica com a presença da família”

4.4.1 Construção do caso clínico

O atendimento pré-hospitalar envolve procedimentos de alta complexidade, exigindo do enfermeiro tomada de decisões rápidas, raciocínio clínico apurado, liderança, capacidade física e trabalho em equipe. Ademais, esse profissional é responsável por prestar cuidados a pacientes graves, cujas condições demandam intervenções imediatas.

De acordo com a Portaria nº 2048/2002 e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, artigo 46, inciso II, é vedado ao profissional de enfermagem cumprir prescrição à distância, exceto em situações de urgência, emergência e regulação.

A Resolução COFEN Nº689/2022, que normatiza a atuação da equipe de enfermagem no cumprimento de prescrições a distância por meios eletrônicos, estabelece em seu artigo 1º, inciso I, que cabe aos profissionais de enfermagem o cumprimento de prescrições realizadas por profissional médico regulador dos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel, sejam eles públicos ou privados. A Resolução COFEN Nº 713/2022, que atualiza a norma de atuação dos profissionais de enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar (APH) móvel, determina em seu artigo 2º, inciso II, que, no âmbito do Suporte Intermediário de Vida (SIV), a assistência de enfermagem deve ser executada pelo enfermeiro, com atuação obrigatória em conjunto com um

técnico de enfermagem ou outro enfermeiro, além do condutor socorrista na composição da equipe.

A Nota Informativa nº 9/2024 – CGURG/DAHU/SAES/MS reforça a importância e abrangência do APH móvel em todo o território nacional, destacando o papel central da Central de Regulação das Urgências e do médico regulador, bem como a composição das Unidades de Suporte Básico de Vida (USB). O documento reafirma ainda a prerrogativa legal dos profissionais de enfermagem para a administração de medicamentos no âmbito do SAMU e demais serviços de APH móvel, conforme previsto na Portaria GM/MS nº 2048/2002.

O Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) endossa a referida Nota Informativa, fundamentando-a em normativas e diretrizes institucionais consolidadas. Entre os aspectos destacados, ressalta-se a responsabilidade dos gestores dos serviços de APH móvel, públicos e privados, na garantia da qualidade e segurança do atendimento em situações críticas, assegurando o rigoroso cumprimento dos protocolos assistenciais.

A Nota Informativa também reforça as regulamentações do Cofen quanto à atuação da enfermagem no APH, estabelecendo que o atendimento a pacientes em estado grave deve, preferencialmente, ser realizado por uma Unidade de Suporte Avançado (USA). Na ausência desta, a assistência poderá ser conduzida por uma equipe composta por enfermeiro e técnico de enfermagem, desde que devidamente capacitados e seguindo protocolos institucionais, com a administração de medicamentos sob regulação médica. Essa configuração é reconhecida pelo Cofen como Suporte Intermediário de Vida (SIV), evidenciando a importância da atuação da enfermagem na resposta às emergências pré-hospitalares e na otimização da assistência em cenários de alta complexidade.

A concepção do caso clínico nesta pesquisa foi baseada em protocolos de Práticas Avançadas de Enfermagem no APH, respaldados pelas resoluções dos Conselhos Regional e Federal de Enfermagem, destacando não apenas habilidades técnicas e conhecimento científico, mas também a importância do julgamento crítico para a avaliação global da vítima e intervenções que garantam a manutenção da vida.

O cenário clínico simulado descreve um caso de hipoglicemia pediátrica, atendido em ambiente domiciliar por uma equipe de APH móvel composta por enfermeiro, técnico de enfermagem e condutor socorrista, na presença de um familiar (Figura 7). Para embasamento, foram consultados o "Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: SIV" da Secretaria Municipal de São Paulo sobre Manejo da Hipoglicemia em Recém-Nascidos e Crianças (2022) e o protocolo de Suporte Avançado de Vida em Pediatria (PALS, 2020).

Figura 7 - Atendimento pré-hospitalar em domicílio à criança com hipoglicemia com a presença da família.



A elaboração do cenário contou com a participação do Colegiado de Enfermagem e da Supervisão do SAMU Regional de Campo Grande–MS, com apoio do Núcleo de Educação Permanente (NEP/CG) da mesma instituição, onde a pesquisadora deste estudo estava inserida. Profissionais do SAMU, com experiência assistencial, contribuíram para a estruturação do caso com base em relatos reais sobre o manejo da hipoglicemia pediátrica e a interação com familiares dos pacientes.

Na simulação, recomendou-se o uso de um manequim para representar o familiar (mãe ou pai) e um simulador *Baby Reborn* como a vítima (menor de um ano) (Figura 8). Para composição da equipe de atendimento, foram indicados de dois a três participantes, distribuídos entre as funções de enfermeiro, técnico de enfermagem e condutor socorrista.

Figura 8 - Simulador: *Baby Reborn*



4.4.2 - Construção do Cenário Clínico Simulado

Conforme Mandelbaum *et al.* (2023), um cenário clínico simulado é um plano detalhado que abrange a complexidade, duração, objetivos de aprendizagem, contexto, informações sobre os participantes, ambiente, simuladores e recursos para gerenciar a experiência simulada. O cenário deve incluir as fases de caso clínico, *debriefing* e avaliação.

A criação de cenários tornou-se um grande desafio para os profissionais de saúde na implementação de boas práticas (Fonseca, Reis; Melaragno, 2023). A simulação tem um forte impacto no aprimoramento profissional e deve ser desenvolvida com base em normas e práticas baseadas em evidências (Fabri *et al.*, 2017).

Seguindo as principais recomendações da literatura nacional e internacional, a construção deste cenário baseou-se nas diretrizes da *International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning* (INACSL, 2023) e o roteiro de Fabri *et al.* (2017). Este modelo, que orientou o roteiro teórico-prático da atividade simulada, foi escolhido por sua inovação, clareza e ampla utilização na construção de cenários recentes. Ele contempla sete unidades de significância: 1) Conhecimento prévio do aprendiz, 2) Objetivos da aprendizagem, 3) Fundamentação teórica, 4) Preparo do cenário, 5) Desenvolvimento do cenário, 6) *Debriefing* e 7) Avaliação.

O cenário teórico proposto centra-se na interação dos profissionais com a família durante o atendimento emergencial pediátrico em contexto pré-hospitalar, fundamentando-se nos pressupostos do Cuidado Centrado no Paciente e na Família (CCPF) e na ferramenta de *Van Gelderen Family Care Rubric* (VGFCR).

O CCPF é amplamente reconhecido como a atitude ideal para o cuidado de crianças e suas famílias em diversos contextos de saúde, sustentando-se na premissa de que a família é o principal suporte para recém-nascidos, crianças e adolescentes. Essa filosofia orienta o planejamento da assistência, a formação profissional e a avaliação do cuidado, promovendo uma parceria que beneficia tanto a criança quanto a família e os profissionais de saúde (Cruz, Angelo; 2011).

A VGFCR, por sua vez, foi desenvolvida para auxiliar educadores de enfermagem na avaliação do desempenho dos alunos em simulações focadas no cuidado familiar, fornecendo *feedback* consistente sobre a comunicação e habilidades de cuidado (Van Gelderen; Krumwiede; Christian, 2016). Composta por dois domínios: Comunicação Familiar e Habilidades de Avaliação Familiar, essa rubrica tem o potencial de aprimorar a confiança dos educadores no ensino do cuidado centrado na família, principalmente para aqueles que não se consideram especialistas na área (Van Gelderen *et al.*, 2019).

4.5 Etapa 3 - Validação do Conteúdo e Aparência do Cenário Simulado por Especialistas

4.5.1 Seleção dos Especialistas

A validação pelos enfermeiros especialistas consistiu na avaliação do conteúdo quanto à compreensão, clareza dos itens, cognição, facilidade de leitura e aparência do cenário simulado. As pesquisadoras do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Intervenção Familiar (LEPIF/UFMS) indicaram nomes e contatos de profissionais elegíveis de várias regiões do país. Também foi utilizada a técnica de amostragem "bola de neve" (*Snowball Technique*), onde um profissional elegível (informante-chave ou "semente") indicava outros especialistas, conforme descrito por Vinuto (2014). A escolha dos participantes foi feita por conveniência.

A seleção dos especialistas seguiu os critérios de Jasper (1994), que incluem titulação, habilidades clínicas, experiência na temática da pesquisa, conhecimento especializado, teste específico de identificação de especialistas e alta classificação por uma autoridade. Foram incluídos profissionais que atendiam a pelo menos dois desses critérios, conforme demonstrado no Quadro 2.

Quadro 2 - Requisitos e características adaptados para seleção de especialistas, conforme modelo proposto por Jasper (1994). Campo Grande - MS, Brasil, 2023.

Critérios	Características
Habilidade/conhecimento adquirido pela experiência.	✓ Ter experiência docente nas áreas de interesse*; ✓ Ter experiência profissional assistencial nas áreas de interesse*, por um período mínimo de 1 ano.
Habilidade/conhecimento especializado que torna o profissional uma autoridade no assunto.	✓ Possuir título de doutor, com tese nas áreas de interesse*; ✓ Possuir título de mestre, com dissertação nas áreas de interesse*; ✓ Possuir título de especialista nas áreas de interesse*; ✓ Ter orientado trabalho (s) acadêmico (s) de Pós-Graduação <i>Stricto Sensu</i> nas áreas de interesse*; ✓ Ter sido palestrante convidado em evento científico nacional ou internacional nas áreas de interesse*; ✓ Participação em mesas-redondas de eventos científicos nas áreas de interesse*.
Habilidade especial em determinado tipo de estudo.	✓ Ter experiência no desenvolvimento de pesquisas científicas nas áreas de interesse*; ✓ Ter autoria em artigo (s) científico (s) com temáticas relativas às áreas de interesse, em periódicos classificados pela CAPES; ✓ Participação em banca(s) avaliadora(s) de trabalho(s) acadêmico(s) de Pós-Graduação <i>Stricto Sensu</i> com temática(s) relativa(s) às áreas de interesse*.

Continua

Continuação do Quadro 2

Aprovação em um teste específico para identificar juízes.	✓ Ser profissional titulado por instituições que realizam o reconhecimento.
Classificação alta atribuída por uma autoridade.	✓ Ter recebido de instituição científica conhecida, homenagem/ menção honrosa de reconhecimento como autoridade nas áreas de interesse*; ✓ Possuir trabalho(s) premiado(s) em evento(s) científico(s) nacional(is) ou internacional(is), nas áreas de interesse*.

*Áreas de interesse: simulação clínica, Cuidado Centrado no Paciente e na Família, atendimento pré-hospitalar móvel, emergência pediátrica e construção e validação de instrumentos.

A captação dos possíveis validadores, sem reposição, considerou experiência em simulação clínica, Cuidado Centrado no Paciente e na Família, atendimento pré-hospitalar móvel, emergência pediátrica, e construção e validação de instrumentos. A elegibilidade foi verificada por meio da análise dos currículos na plataforma *Lattes*, disponível no portal do CNPq. Dessa forma, os instrumentos foram encaminhados a 13 especialistas.

A amostra final para a validação do conteúdo foi composta por 12 especialistas, selecionados conforme a metodologia de Pasquali (2010), que recomenda a participação de 6 a 20 peritos em estudos de validação. Embora Haynes, Richard e Kubany (1995) indiquem que um número ímpar de especialistas seja preferível para evitar empates durante o processo de julgamento, esse cenário não foi observado com o número de participantes utilizado neste estudo.

4.5.2 Procedimento e instrumento para a coleta de dados

A etapa de validação do roteiro para o cenário de simulação clínica foi realizada de forma virtual, viabilizando a participação de especialistas de diferentes regiões. Após a seleção de 13 profissionais, foi encaminhado um e-mail contendo a carta-convite (Apêndice A), na qual foram apresentados os objetivos do estudo, com ênfase na relevância da presença familiar durante o atendimento emergencial pediátrico. A carta também incluía um link para o formulário de coleta de dados, elaborado na plataforma *Google Forms*.

O formulário foi desenvolvido, e adaptado consoante os critérios de Fabri (2017), estruturado em cinco seções. Ele inclui uma explicação preliminar sobre o processo de validação, com uma estimativa de 40 minutos para o preenchimento.

A Seção 1 continha o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE₁) e o Termo de Sigilo e Confidencialidade (Apêndice B). O aceite era obrigatório para prosseguir com as demais seções. Os profissionais que não responderam dentro de 15 dias foram contatados

novamente, com o prazo estendido por mais dez dias. Especialistas que não manifestaram interesse foram excluídos, resultando em um total de 12 respostas.

Na Seção 2, os especialistas preencheram um formulário de identificação profissional, composto por sete questões sobre idade, titulação, área de conhecimento, ocupação atual, tempo de formação, produção científica e experiência nas áreas de Simulação Clínica, Cuidado Centrado na Família e no Paciente, Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel, Emergência Pediátrica e Construção e Validação de Instrumentos (Apêndice C).

As Seções 3, 4 e 5 apresentaram o roteiro do cenário simulado, o *checklist* de avaliação e a árvore de tomada de decisão (Apêndice D), que foi estruturado em 13 itens, distribuídos em três etapas: Conhecimento Prévio do Cenário, Conteúdo e Preparo do Cenário, e Componentes Finais do Cenário. As instruções para avaliação do instrumento consideraram os domínios de clareza, abrangência, organização e pertinência, conforme definidos por Pasquali (1999). Clareza refere-se à facilidade de compreensão do item, abrangência, à inclusão de informações relevantes, organização, à disposição das questões e alternativas, e pertinência à adequação do conteúdo ao instrumento.

Os itens foram avaliados usando uma Escala *Likert* de quatro pontos ordinais: 1. Irrelevante, 2. Pouco relevante, 3. Bastante relevante, 4. Extremamente relevante. Ao final de cada item, foi disponibilizado um espaço para que os especialistas fizessem sugestões ou comentários.

Os validadores que aceitaram participar foram codificados com a letra "E" seguida por um número, conforme a ordem de resposta (por exemplo, E-1), para assegurar o anonimato. As respostas recebidas por *e-mail* foram digitadas em uma planilha do Microsoft Excel® para análise.

A técnica *Delphi* foi utilizada como referência para reunir a opinião dos especialistas, ela facilita e melhora a tomada de decisões feitas por um grupo de especialistas, sem interação cara-a-cara. Este método visa encontrar consenso fundamentado entre um grupo de especialistas em relação a determinado assunto (Marques; Freitas, 2018). Os resultados foram analisados pelos pesquisadores entre cada rodada de questionários e as opiniões foram sistematizadas e compiladas para readequar as seções e domínios.

4.5.3 Análise dos dados

A análise empírica dos itens é importante no processo de validação de conteúdo, pois permite determinar a validade do material desenvolvido. Esse procedimento foi utilizado nesta pesquisa para mensurar estatisticamente a validade de cada item e do instrumento na totalidade,

por meio do cálculo do Coeficiente de Validação de Conteúdo (CVC) e do cálculo do Índice de Validade de Conteúdo ou *Content Validity Index* (IVC) (Pasquali, 2010). Para que os itens fossem considerados válidos, foi determinado um $CVC > 0,80$. Os dados para o cálculo do CVC foram obtidos a partir das respostas dos especialistas em uma escala *Likert*, aplicadas em cada rodada *Delphi*, conforme a fórmula proposta por Hernández-Nieto (2002) demonstrada na Figura 9.

Figura 9 - Cálculo do Coeficiente de Validação de Conteúdo de acordo com Hernandez-Nieto (2002).

Cálculo	Fórmula	Descrição
Média das notas de cada item: M_x	$M_x = \frac{\sum_{i=1}^j x_i}{J}$	Soma das notas dos juizes: $\sum_{i=1}^J x_i$ Número de juizes que avaliaram o item: J
CVC inicial para cada item: CVC_i	$CVC_i = M_x / V_{max}$	Valor máximo que o item poderia receber: V_{max}
Cálculo do erro: Pe_i	$Pe_i = (1/J)^j$	Para descontar possíveis vieses dos juizes
CVC final: CVC_c	$CVC_c = CVC_i - Pe_i$	-
CVC total: CVC_t	$CVC_t = Mevc_i - Mpe_i$	Média dos CVCs: $Mevc_i$ Média dos erros: Mpe_i

Fonte: (Pasquali, 2010)

Para mensurar a proporção de especialistas concordantes sobre os aspectos avaliados relativos à validação de aparência e conteúdo do instrumento, foi realizado o cálculo do Índice de Validade de Conteúdo ou *Content Validity Index* (IVC), descrito por Polit e Beck (2019). Este índice representou a congruência das opiniões dos especialistas por meio da proporção de concordância sobre as questões do cenário de simulação validado. Os domínios de cada item foram avaliados utilizando uma escala *Likert* com quatro pontos ordinais. Dessa forma, os especialistas atribuíram a cada domínio uma pontuação de 1 a 4, sendo: 1. Irrelevante; 2. Pouco relevante; 3. Bastante relevante; 4. Extremamente relevante. O escore do IVC por item foi calculado somando-se o número de especialistas que marcaram o item como “bastante relevante

(3)” ou “extremamente relevante (4)” e dividindo esse valor pelo número total de participantes. A fórmula para o cálculo do IVC por item foi a seguinte:

Figura 10 - Cálculo do Índice de Validade de Conteúdo

$$IVC - I = \frac{\text{Número de pessoas “3” ou “4”}}{\text{Número total de especialistas}}$$

O cálculo do IVC-I foi considerado pelo índice de concordância aceitável de especialistas, que deve ser de no mínimo 80% ou superior (Polit; Beck, 2019). Foram considerados neste estudo, satisfatórios escore mínimo de 0,90. Valores abaixo de 0,83 foram revisados ou excluídos e o valores acima de 0,90 permanecerão no estudo sem qualquer alteração. Foram realizadas duas rodadas de *Delphi*.

O IVC global, para avaliar o instrumento por completo, ainda não apresenta um consenso na literatura, contudo, Polit e Beck (2019) recomenda-se que os pesquisadores devam descrever como realizaram o cálculo. Foi calculado considerando a proporção de itens avaliados como “bastante relevante” ou “extremamente relevante” por todos os avaliadores.

Figura 11 - Cálculo do Índice de Validade de Conteúdo Global

$$IVC_{Global} = \frac{\sum IVC - I}{\text{Número total de itens}}$$

Para um instrumento ser avaliado como tendo validade excelente, deve uma média de IVC global de 0,90 ou superior Polit, Beck, (2019) afirmam não haver métodos ideais para garantir a cobertura adequada do conteúdo do instrumento, os estudiosos calculam o IVC que indica em que medidas as opiniões de especialistas são congruentes. (Polit; Beck; Hungler, 2011). Além disso, foram mensurados a Média do Índice de Validade de Conteúdo do Cenário (S-IVC-Avc) e o Índice de Concordância Geral.

4.6 Etapa 4 – Testagem e validação com público-alvo

O objetivo dessa etapa foi avaliar a clareza da descrição do cenário, a funcionalidade e a adequação da duração dos componentes da simulação, além de analisar a organização do *debriefing*. Também se buscou mensurar a qualidade das características relacionadas ao *design* do cenário simulado.

4.6.1 Seleção dos público-alvo

O cenário de Simulação Clínica validado foi testado por 11 Profissionais de Enfermagem com mais de um ano de atuação no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel, critério determinante para inclusão no estudo. A seleção dos participantes ocorreu de forma aleatória, assegurando que não houvesse envolvimento prévio desses profissionais na construção do cenário simulado. Foram excluídos aqueles afastados por licença médica ou em período de férias. O estudo piloto contou, portanto, com a participação de cinco enfermeiros e seis técnicos de enfermagem, todos vinculados ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) da Regional Campo Grande – MS (Figura 12).

Figura 12 – Testagem e validação do cenário pelo público-alvo.



4.6.2 Workshop de Simulação

Para a aplicação do cenário validado junto ao público-alvo, foi organizado um *workshop* de simulação em parceria com o grupo de pesquisa do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Intervenção Familiar (LEPIF). A programação do evento foi dividida em dois momentos.

O primeiro momento, aberto à comunidade acadêmica, contou com uma palestra sobre a abordagem do Cuidado Centrado no Paciente e na Família, ministrada pela líder do LEPIF. O

segundo momento foi reservado exclusivamente ao público-alvo e consistiu na realização da simulação clínica, utilizando o cenário previamente validado.

A representação do cenário contou com dois atores: uma enfermeira, pesquisadora e doutoranda que interpretou o papel de mãe, e um estudante de enfermagem da graduação, integrante da Liga Acadêmica de Enfermagem em Emergências Traumáticas (LAEET/UFMS), que desempenhou o papel de condutor socorrista. A condução do cenário foi realizada por professores pesquisadores do LEPIF em conjunto com a pesquisadora deste estudo demonstrado na Figura 13.

Figura 13 - Workshop de Simulação, INISA/UFMS.



Para a avaliação das rodadas do simulado, foram convidados dois enfermeiros docentes com experiência na área de emergência e prática de simulação.

Aos atores, avaliadores e facilitadores foram explicadas todas as etapas do cenário em uma reunião presencial prévia. Durante a reunião, cada participante recebeu um *checklist*, o *script* do cenário e a árvore de tomada de decisão para se familiarizar com as etapas da simulação. Além disso, foram fornecidas orientações detalhadas sobre o caso clínico, os objetivos da pesquisa, os materiais e equipamentos disponíveis e uma apresentação do ambiente de simulação.

4.6.3 Procedimento e instrumento para a coleta de dados

O público-alvo foi convidado pessoalmente pela pesquisadora e por meio do *WhatsApp*, com envio de uma carta-convite (Apêndice E). O documento incluía uma breve apresentação da autora, a justificativa e os objetivos da pesquisa. No convite, também foi disponibilizado o *link* para um formulário no *Google Forms* contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE₂) (Apêndice F) e questionário de caracterização profissional. Nesse termo, os profissionais registraram sua concordância em participar, autorizaram o uso de imagem e tiveram acesso às orientações sobre a proposta e data de participação.

Ao término da simulação, os participantes preencheram a *Simulation Design Scale* (EDS), versão destinada a estudantes, originalmente desenvolvida pela *National League for Nursing* (NLN). Essa escala tem como objetivo avaliar e aperfeiçoar cenários de simulação no ensino. Sua tradução e validação para o contexto brasileiro foram realizadas por Almeida *et al.* (2015), possibilitando sua aplicação em diferentes níveis educacionais no país.

O instrumento foi disponibilizado via *Google Forms* e contém 20 itens organizados em duas subescalas: uma voltada para o *design* da simulação e outra para a importância atribuída a cada item. A avaliação utiliza uma escala *Likert* de cinco pontos, variando de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente) na subescala de design, e de 1 (pouco importante) a 5 (muito importante) na subescala de importância. Além disso, há a opção "não aplicável" para itens que não se relacionem diretamente à atividade simulada (Anexo 1).

Os itens da EDS abrangem cinco domínios principais: objetivos e informações da simulação, apoio, resolução de problemas, feedback/reflexão e realismo. Esses domínios avaliam a clareza na descrição do cenário, a funcionalidade e duração dos componentes da simulação, bem como a organização do *debriefing*.

O principal propósito da escala é compreender como os participantes percebem as características do cenário simulado e interpretam sua experiência ao final da atividade. Assim, fornece dados para avaliar a eficácia do design do cenário e identificar oportunidades de aprimoramento no método de ensino.

4.6.4 Local

O workshop de simulação foi realizado no Instituto Integrado de Saúde (INISA), da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), utilizando duas salas de aula. A primeira sala foi destinada à recepção dos participantes e à palestra que compôs o primeiro momento do evento. Já a segunda sala foi adaptada para a simulação clínica, sendo cuidadosamente modificada para representar o cenário de atendimento proposto.

O evento ocorreu no dia 27 de outubro de 2024, no período vespertino, nas dependências do INISA, unidade setorial da UFMS que abriga os cursos de Bacharelado e Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem.

O INISA é uma das mais recentes unidades setoriais da UFMS, criado em 2017 como resultado do desmembramento do antigo Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS), que também deu origem ao Instituto de Biociências (INBIO) e à Faculdade de Farmácia, Alimentos e Nutrição (FACFAN).

Essa unidade abriga os cursos de Bacharelado em Enfermagem, Bacharelado em Fisioterapia, Mestrado em Enfermagem, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Residência em Enfermagem Obstétrica e Residência Multiprofissional em Saúde – Atenção ao Paciente Crítico.

A unidade conta com a Clínica Escola Integrada (CEI), que oferece atendimentos nas áreas de Fisioterapia, Enfermagem e Nutrição, beneficiando a sociedade por meio de projetos de ensino, pesquisa e extensão.

Atualmente, o instituto possui um corpo docente formado por 48 professores em regime de dedicação exclusiva, oriundos dos cursos de Fisioterapia, Enfermagem e Saúde Coletiva. Além disso, conta com 25 técnicos administrativos que apoiam tanto as atividades acadêmicas quanto as relacionadas à pesquisa, ensino e extensão.

4.6.5 Análise dos dados

Os dados referentes à caracterização dos participantes e resultados da aplicação da Escala de *Design* da Simulação (EDS) foram organizados em uma planilha no programa Microsoft Excel® e analisados pela estatística descritiva com o *software* Jamovi (Version 1.6),

por meio do cálculo das médias e desvios padrão de cada item e domínio, além dos percentuais de respostas. A confiabilidade da EDS, nesta amostra, foi avaliada pelo *Alfa de Cronbach*, valores superiores a 0,70 indicam boa confiabilidade. Esses indicadores possibilitaram uma avaliação abrangente da qualidade do cenário simulado e de seu impacto no aprendizado dos participantes.

4.7 Aspectos Éticos

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), e aprovado sob parecer consubstanciado n.º 6.852.503. (Anexo 2)

A coleta de dados foi realizada após assinatura do TCLE com a garantia da proteção da imagem e da privacidade, confidencialidade, a não estigmatização e a não utilização de informações em prejuízo das pessoas, conforme os princípios bioéticos da autonomia, não maleficência, beneficência justiça e equidade dispostos na Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde e Lei n. 13.709, de 14 de agosto de 2018, de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), segundo a Carta Circular n.º 1/2021- CONEP/SECNS/MS.

Os participantes foram informados quanto aos objetivos e método da pesquisa, garantia do sigilo das informações prestadas, benefícios e riscos em participar da mesma, finalidade científica das informações fornecidas, e direito de desistir da pesquisa no momento em que desejarem, sem qualquer prejuízo.

Os dados coletados ficarão sob a guarda e a responsabilidade do pesquisador da pesquisa, por período de cinco anos. Após esse prazo, serão deletados e os resultados decorrentes do estudo apresentados em forma de relatório final e em eventos científicos pertinentes, estando prevista, ainda, a elaboração de artigos científicos.

Resultados

5 RESULTADOS

Considerando o regulamento do programa de Pós-Graduação em Enfermagem, os resultados dessa dissertação serão apresentados no formato de Neografia, divididos em dois artigos.

5.1. Capítulo I – Artigo Publicado

Fogaça KS, Marti GF, Queiroz-Cardoso AI, Almeida RGS Marques FRB, Marcheti MA. Clinical simulation training for first responders in pediatric emergencies with family interaction: a scoping review. Rev Bras Enferm. 2025;78(1):e20240218. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2024-0218>

Treinamentos por simulação clínica para socorristas na emergência pediátrica com interação familiar: revisão de escopo

Clinical simulation training for first responders in pediatric emergencies with family interaction: a scoping review

Entrenamientos de simulación clínica para socorristas en emergencias pediátricas con interacción familiar: revisión de alcance

Karine Silva Fogaça¹

ORCID: 0009-0005-6217-6604

Gabriella Figueiredo Marti¹

ORCID: 0000-0003-2899-4126

Andréia Insabralde de Queiroz Cardoso¹

ORCID: 0000-0002-9431-7484

Rodrigo Guimarães dos Santos Almeida¹

ORCID: 0000-0002-4984-3928

Fernanda Ribeiro Baptista Marques¹

ORCID: 0000-0003-1024-6787

Maria Angélica Marcheti¹

ORCID: 0000-0002-1195-5465

¹Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.

Como citar este artigo:

Fogaça KS, Marti GF, Queiroz-Cardoso AI, Almeida RGS, Marques FRB, Marcheti MA. Clinical simulation training for first responders in pediatric emergencies with family interaction: a scoping review. Rev Bras Enferm. 2025;78(1):e20240218. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2024-0218pt>

Autor Correspondente:

Karine Silva Fogaça
E-mail: kafogacaufms@gmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho
EDITOR ASSOCIADO: Rosane Cardoso

Submissão: 24-05-2024 **Aprovação:** 21-08-2024

RESUMO

Objetivo: Mapear estudos sobre treinamentos por simulação clínica direcionados aos socorristas durante emergências com crianças, focados na interação com as famílias. **Métodos:** Revisão de escopo fundamentada conforme diretrizes do referencial *JBIManual for Evidence Syntheses* e relatada conforme o checklist PRISMA-ScR, em oito bases de dados e literatura cinzenta, sem recorte temporal ou idiomático. **Resultados:** Dez estudos selecionados indicaram que as publicações são majoritariamente dos Estados Unidos. Predominaram os treinamentos por simulação conduzidos em ambientes hospitalares, com apenas um estudo associado ao contexto pré-hospitalar. Os principais designs utilizados envolvem a temática de reanimação pediátrica e cenários em ambientes simulados de alta fidelidade. **Conclusão:** Os treinamentos de simulação são eficazes, aumentam a confiança dos profissionais e aprimoram a comunicação com as famílias. Contudo, a concentração em países desenvolvidos e hospitais ressalta a necessidade de capacitação em outras ambiências, como o atendimento pré-hospitalar, para integração do contexto técnico com a abordagem familiar.

Descritores: Socorristas; Profissionais de Saúde; Treinamento por Simulação; Criança; Enfermagem Familiar.

ABSTRACT

Objective: To map studies on clinical simulation training directed at first responders during pediatric emergencies, focusing on interaction with families. **Methods:** A scoping review based on the guidelines of the *JBIManual for Evidence Syntheses* and reported according to the PRISMA-ScR checklist, covering eight databases and gray literature, without time or language restrictions. **Results:** The ten selected studies indicated that most publications were from the United States. Simulations were predominantly conducted in hospital settings, with only one study associated with the pre-hospital context. The main designs used involved pediatric resuscitation scenarios and high-fidelity simulated environments. **Conclusion:** Simulation training is effective, increasing professionals' confidence and improving communication with families. However, the concentration in developed countries and hospital settings highlights the need for training in other settings, such as pre-hospital care, to integrate technical and family-centered approaches.

Descriptors: Emergency Responders; Health Personnel; Simulation Training; Child; Family Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Mapear estudios sobre entrenamientos de simulación clínica dirigidos a los socorristas durante emergencias pediátricas, con un enfoque en la interacción con las familias. **Métodos:** Revisión de alcance basada en las directrices del Manual de Síntesis de Evidencia de JBI y reportada según la lista de verificación PRISMA-ScR, cubriendo ocho bases de datos y literatura gris, sin restricciones de tiempo o idioma. **Resultados:** Los diez estudios seleccionados indicaron que la mayoría de las publicaciones eran de los Estados Unidos. Las simulaciones se realizaron predominantemente en entornos hospitalarios, con solo un estudio asociado al contexto prehospitario. Los principales diseños utilizados involucraron escenarios de reanimación pediátrica y entornos simulados de alta fidelidad. **Conclusión:** El entrenamiento en simulación es efectivo, aumenta la confianza de los profesionales y mejora la comunicación con las familias. Sin embargo, la concentración en países desarrollados y entornos hospitalarios resalta la necesidad de capacitación en otros contextos, como la atención prehospitaria, para integrar enfoques técnicos y centrados en la familia.

Descriptores: Socorristas; Personal de Salud; Entrenamiento Simulado; Niño; Enfermería de la Familia.

INTRODUÇÃO

Profissionais que envolvem a família no plano de cuidados, independentemente do estado de saúde, guiam-se pelos princípios do Cuidado Centrado no Paciente e na Família (CCPF)⁽¹⁾. Esse modelo de cuidado preconiza uma assistência clara e objetiva, com planejamento, prestação e avaliação integrados, visando ao bem-estar de indivíduos e famílias⁽²⁾. O CCPF tornou-se ideal para profissionais que atuam na assistência a pacientes e suas famílias nos diversos serviços de saúde⁽³⁾.

A família é considerada parte essencial do processo de saúde-doença de seus membros⁽⁴⁾. Durante atendimentos emergenciais, a presença junto ao paciente, conhecida como presença à beira do leito, é valorizada⁽⁵⁻⁸⁾. Estudos destacam os benefícios do envolvimento da família no cuidado pediátrico, que incluem segurança, redução da ansiedade, apoio emocional, maior compreensão e satisfação com a assistência. Além disso, a presença familiar no momento da morte auxilia no processo de luto⁽⁷⁻⁹⁾.

A filosofia do CCPF está historicamente ligada ao atendimento de crianças e ao contexto hospitalar, principalmente por ter se originado em unidades de internação pediátrica⁽¹⁰⁾. Vale ressaltar que, em condições de emergência, a família se encontra vulnerável, sob estresse e sofrimento. Quando em domicílio, os familiares geralmente estão presentes desde o surgimento dos primeiros sintomas de gravidade até a chegada dos socorristas. No contexto dinâmico do atendimento pré-hospitalar (APH), existem limitações à presença dos familiares. Os profissionais de saúde buscam interação com a família principalmente para obter informações sobre o paciente; no entanto, é comum que o feedback não seja transmitido de forma clara. Nesse cenário, a abordagem técnica assume uma importância fundamental na entrega dos cuidados, sendo que a urgência das tarefas impacta diretamente sua eficácia⁽¹¹⁾.

Situações emergenciais pediátricas demandam atenção especial dos profissionais de saúde devido às peculiaridades biológicas e psicológicas das crianças, exigindo recursos especializados⁽³⁾. Os profissionais devem estar atualizados nos padrões de avaliação e tratamento, bem como familiarizados com dispositivos pediátricos, para evitar adversidades⁽¹²⁾. Assim, os cursos de capacitação profissional geralmente focam em aspectos técnicos, o que limita o desenvolvimento de habilidades de comunicação e empatia com a família⁽¹³⁾.

Implementar o modelo centrado na família no atendimento de emergência pode ser desafiador⁽¹⁴⁾, mas permitir que as famílias escolham permanecer ao lado do paciente é uma forma de introduzi-lo⁽¹⁵⁻¹⁷⁾. Para isso, é necessário aprimorar a qualificação e capacitação dos socorristas, promovendo o aprendizado contínuo e uma abordagem reflexiva, com vistas a uma assistência integral e de qualidade⁽¹⁸⁾.

Para a capacitação desses profissionais, o uso de cenários simulados tem se mostrado eficaz, reduzindo erros e promovendo segurança e qualidade na aprendizagem⁽¹⁹⁾. A simulação clínica é uma abordagem motivadora que melhora a adesão e reduz a evasão em processos educacionais, além de avaliar competências técnicas e não técnicas, como comunicação e profissionalismo^(20,21), evidenciando resultados positivos no aperfeiçoamento e satisfação dos profissionais de saúde⁽²²⁾. No entanto, ainda há

poucos treinamentos em emergências pediátricas com foco na atenção centrada na família.

Para este estudo, foram conduzidas buscas preliminares nas bases de dados *JBIM Evidence Synthesis*, *PROSPERO Systematic Review*, *Open Science Framework* (OSF) e *Cochrane Database of Systematic Reviews* (CDSR). Essas buscas não identificaram revisões sistemáticas ou de escopo concluídas ou em andamento relacionadas à temática.

Diante do exposto, é crucial reconhecer as ações focadas na interação familiar durante os treinamentos de simulação clínica para socorristas em emergências pediátricas. Tal análise pode fomentar iniciativas de capacitação profissional e auxiliar na criação de normas institucionais que garantam e incentivem a presença da família durante o atendimento de emergência pediátrica.

OBJETIVO

Mapear estudos sobre treinamentos por simulação clínica, direcionados aos socorristas durante emergências em crianças, com foco na interação com as famílias.

MÉTODOS

Aspectos éticos

Não foi necessária a apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, visto que o material utilizado é de domínio público e não envolveu seres humanos.

Tipo de estudo

Trata-se de uma revisão de escopo, estruturada conforme as diretrizes do *JBIM Manual for Evidence Syntheses*⁽²³⁾. Esse tipo de técnica é conveniente para o levantamento de evidências emergentes, visando desenvolver um “mapa conceitual”, fornecer uma visão geral e ampla de uma questão e identificar lacunas na base de conhecimento da pesquisa, orientando a necessidade de novas investigações^(24,25). Para conduzir os passos desta revisão de escopo, adotaram-se as cinco etapas recomendadas pelo JBI, a saber: 1) Identificação da pergunta da pesquisa; 2) Busca dos estudos relevantes; 3) Seleção dos estudos; 4) Mapeamento dos dados; 5) Agrupamento, resumo e apresentação dos resultados.

Para o relato desta revisão, foi utilizado o checklist segundo as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR)⁽²⁶⁾.

Procedimento metodológico

Os objetivos, critérios de inclusão e métodos para esta revisão de escopo foram definidos previamente e registrados em um protocolo de revisão de escopo elaborado conforme as diretrizes do JBI⁽²³⁾. O protocolo foi registrado na plataforma *Open Science Framework* (OSF) sob o DOI: <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/YR9QA>⁽²⁷⁾.

O objetivo do estudo, a questão norteadora e a estratégia de busca foram definidos conforme o mnemônico PCC⁽²³⁾, detalhados no Quadro 1. A questão orientadora desenvolvida para este estudo foi: Como tem sido o processo de interação familiar nos treinamentos de simulação clínica para socorristas no contexto emergencial pediátrico?

Os critérios de inclusão selecionaram evidências de estudos que utilizaram treinamentos por simulação clínica como estratégia educacional voltada para profissionais de saúde ou socorristas no contexto de emergência pediátrica. Foram considerados artigos completos, documentos de sociedades, manuais, *guidelines* e protocolos, documentos governamentais, teses e dissertações disponíveis na íntegra que abordassem a temática. Além disso, as listas de referências das publicações foram revisadas para que todos os estudos relativos ao tema de interesse fossem identificados. Vale ressaltar que não houve recorte temporal ou limitação de idioma. Foram excluídos do estudo monografias, resenhas, editoriais, cartas ao editor, opiniões de especialistas, resumos, anais e correspondências.

Estratégia de busca

A estratégia de busca foi organizada por dois pesquisadores e validada por outro pesquisador com experiência neste processo. A partir da questão de pesquisa, foram selecionados descritores controlados e indexados do *Medical Subject Headings* (MeSH), *EMBASE Subject Headings* (EMTREE), *CINAHL Headings* e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). As palavras-chave foram selecionadas a partir de sugestões dos vocabulários controlados e de leitura prévia minuciosa acerca da temática. Para a combinação desses descritores, foram utilizados os operadores booleanos OR e AND, conforme as particularidades de cada base de dados, conforme mostrado no Quadro 2.

Quadro 1 - Mnemônico e descritores utilizados nas buscas, 2024

Mnemônico	Descritores	DeCS/MeSH/EMTREE
População: Socorristas	<i>Emergency Responders</i> <i>Health Personnel</i>	Socorristas <i>Emergency Responders</i> <i>Emergency First Responder</i> <i>First Responder</i> Pessoal de Saúde <i>Health Personnel</i> <i>Health Care Provider</i> <i>Healthcare Provider</i> <i>Healthcare Worker</i> <i>Health Care Professional</i>
Conceito: Interação familiar nos treinamentos de simulação clínica	<i>Simulation Training</i>	Treinamento por Simulação <i>Simulation Training</i> <i>Interactive Learning</i>
Contexto: Contexto emergencial pediátrico.	<i>Child</i>	Criança <i>Child</i> <i>Children</i>

Quadro 2 - Estratégias de busca em bases de dados, 2024

Base de dados	Estratégias de Busca
Embase (Elsevier)	('rescue personnel'/exp OR 'rescue personnel' OR 'emergency responders' OR 'emergency first responder' OR 'first responder' OR 'health care personnel'/exp OR 'health care personnel' OR 'health personnel' OR 'health care provider' OR 'healthcare provider' OR 'healthcare worker' OR 'health care professional') AND ('simulation training'/exp OR 'simulation training' OR 'interactive learning'/exp OR 'interactive learning') AND ('child'/exp OR 'child' OR 'children') AND [embase]/lim
Biblioteca Virtual em Saúde/BVS	((emergency responders) OR (emergency first responder) OR (first responder)) OR ((health personnel) OR (health care provider) OR (healthcare provider) OR (healthcare worker) OR (health care professional)) AND ((simulation training) OR (interactive learning)) AND ((child) OR (children))
MEDLINE Pubmed	("Emergency Responders"[MeSH Terms] OR "Emergency First Responder"[Title/Abstract] OR "First Responder"[Title/Abstract] OR ("Health Personnel"[MeSH Terms] OR "Health Care Provider"[Title/Abstract] OR "Healthcare Provider"[Title/Abstract] OR "Healthcare Worker"[Title/Abstract] OR "Health Care Professional"[Title/Abstract])) AND ("Simulation Training"[MeSH Terms] OR "Interactive Learning"[Title/Abstract]) AND ("Child"[MeSH Terms] OR "Children"[Title/Abstract])
Web of Science WOS	((ALL=("Emergency Responders" OR "Emergency First Responder" OR "First Responder")) OR ALL=("Health Personnel" OR "Health Care Provider" OR "Healthcare Provider" OR "Healthcare Worker" OR "Health Care Professional")) AND ALL=("Simulation Training" OR "Interactive Learning")) AND ALL=("Child" OR "Children")
Scopus (Elsevier),	(ALL('emergency AND responders' OR 'emergency AND first AND responder' OR 'first AND responder') AND ALL('simulation AND training' OR 'interactive AND learning') AND ALL('child' OR 'children'))
Cochrane Library	((emergency responders) OR (emergency first responder) OR (first responder)):ti,ab,kw OR ((health personnel) OR (health care provider) OR (healthcare provider) OR (healthcare worker) OR (health care professional)):ti,ab,kw AND ((simulation training) OR (interactive learning)):ti,ab,kw AND ((child) OR (children)):ti,ab,kw
CINAHL EBSCOhost with Full Text	(MH "Emergency Responders" OR "Emergency Responders" OR "Emergency First Responder" OR "First Responder") OR (MH "Health Personnel" OR "Health Personnel" OR "Health Care Provider" OR "Healthcare Provider" OR "Healthcare Worker" OR "Health Care Professional") AND (MH "Simulation" OR "Simulation Training" OR "Interactive Learning") AND (MH "Child" OR "Child" OR "Children")
ScienceDirect	{emergency responders} or {health personnel} and {simulation training} and {child}

Foi realizada uma busca prévia na base de dados *National Library of Medicine* (MEDLINE/PubMed) para verificar a viabilidade da pesquisa. As palavras-chave foram definidas com a utilização do MeSH. As buscas das publicações ocorreram entre janeiro e março de 2024, por meio do acesso proxy da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), a partir do registro no portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), via Comunidade Acadêmica Federada (CAFe).

As bases de dados consultadas incluíram: *Embase* (Elsevier), *BVS* (Biblioteca Virtual em Saúde), *National Library of Medicine* (MEDLINE/PubMed), *Web of Science Core Collection* (Clarivate Analytics), *Scopus* (Elsevier), *Cochrane Library*, *CINAHL EBSCOhost with Full Text* e *ScienceDirect*.

Além disso, foi realizada uma busca em fontes não indexadas, conhecidas como literatura cinzenta, utilizando as mesmas palavras-chave, combinadas com os operadores booleanos OR e AND em inglês e seus equivalentes em português. As fontes consultadas incluíram o Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), a Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD), Banco Internacional de Acesso Aberto a Teses e Dissertações (OATD), *Academic Archive Online* (DIVA), Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) e Sistema de Informação *Open Gray*.

Os estudos foram exportados para o gerenciador de referências Mendeley para identificação e exclusão de duplicatas. Para seleção e avaliação em relação aos critérios de inclusão, os artigos foram migrados para o software Rayyan⁽²⁸⁾. A pré-seleção dos dados foi realizada pela leitura do título e do resumo por dois revisores, de forma independente. Não houve discordância entre os revisores, portanto, não foi necessário incluir um terceiro pesquisador ou contatar os autores primários sobre os dados.

O refinamento dos estudos foi fundamentado conforme os critérios de elegibilidade. Foram incluídos os artigos que continham os três elementos da mnemônica PCC⁽²³⁾ associados à abordagem com a presença familiar, sem limite de idioma e tempo de publicação. Estudos que não responderam à questão norteadora da pesquisa e que não incluíram a presença da família no contexto emergencial foram excluídos.

Os estudos que compuseram a amostra final para análise foram então lidos na íntegra, com a coleta de dados realizada em planilha estruturada no software Microsoft Excel, contendo as seguintes variáveis de análise: citação, ano de publicação, origem, idioma, delineamento, população, contexto, intervenção educativa, treinamentos de simulação, objetivos do estudo, resultados e limitações.

Os dados foram descritos e apresentados por meio de figuras e quadros explicativos, com análise descritiva dos achados.

RESULTADOS

Inicialmente, foram identificadas 2.538 produções, das quais 2.467 em bases de dados e 71 em outras fontes. Após a exclusão de 141 duplicatas, restaram 2.397 registros. Na primeira seleção, que envolveu a leitura de títulos e resumos, 2.375 registros foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão, resultando em 22 estudos para análise. Em uma nova triagem, cinco estudos foram excluídos por não abordarem a interação familiar, três por

divergirem do conceito adotado nesta revisão, um por apresentar contexto diferente do definido, e dois por não estarem disponíveis na íntegra. Ao final, a revisão foi composta por 10 publicações obtidas nas bases de dados, conforme demonstrado no fluxograma PRISMA-ScR⁽²⁶⁾ (Figura 1).

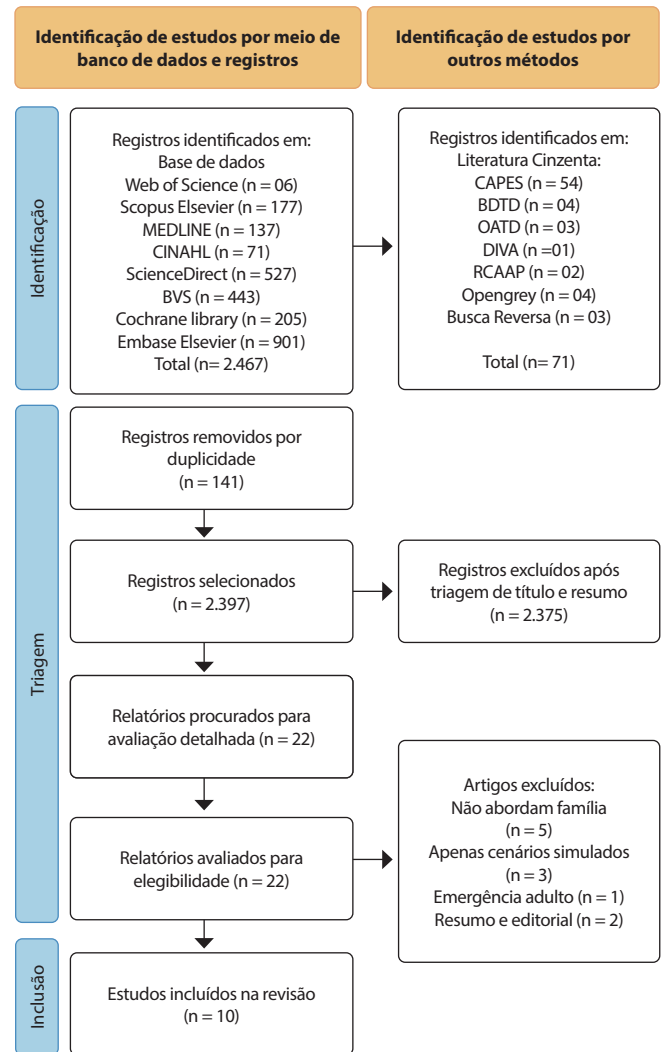


Figura 1 – Fluxograma PRISMA-ScR de identificação e seleção de estudos em base de dados, 2024

O período de publicação dos estudos elegíveis variou entre os anos de 2010 e 2024, sem delimitação de marco temporal, com maior ocorrência em 2022 (40%). Os estudos foram predominantemente dos Estados Unidos (60%), seguidos por Irlanda, Canadá, Suíça e Austrália (10% cada). A maioria dos estudos (80%) foi oriunda da *National Library of Medicine* (MEDLINE/PubMed).

As intervenções com simulações clínicas envolveram principalmente treinamentos multiprofissionais com médicos, enfermeiros e fisioterapeutas (60%). Enfermeiros em treinamento exclusivo apresentaram uma participação significativa, com 30%. Vale ressaltar a integração do enfermeiro com a equipe multiprofissional, demonstrando-se como a categoria profissional com maior frequência na realização de treinamentos de simulação clínica, com a presença da família durante emergências pediátricas (90%).

Figura 2 - Desfecho e *design* dos treinamentos de simulação clínica com abordagem familiar, 2024

Notas: EUA - Estados Unidos da América; UTI Ped. - Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica; APH - Atendimento pré-hospitalar; SME - Serviço Médico de Emergência; WOS - Web of Science.

a maioria apresentou alto nível de fidelidade (70%), com atores representando familiares e manequins simulados representando pacientes. Para melhor compreensão, foi desenvolvida a Figura 2.

No processo de síntese dos estudos, foram organizadas variáveis como referência, autor e ano de publicação, país, idioma e plataforma, delineamento, população, contexto, intervenção educativa e habilidades no Quadro 3.

Os resultados da revisão destacaram a importância crescente do reconhecimento da presença da família durante os atendimentos de emergência pediátrica, embora os socorristas mantenham a prioridade na atenção ao paciente⁽³¹⁾. Após simulações, os socorristas demonstraram aumento significativo na confiança para envolver as famílias⁽³²⁾, influenciados pelo ambiente de reanimação e dinâmicas emocionais e comportamentais⁽³³⁾. As melhorias nas competências clínicas e práticas⁽³⁴⁾ resultaram na redução do estresse emocional nas equipes⁽³⁶⁾. Os resultados pós-intervenção foram positivos, evidenciando que a integração de múltiplos cenários clínicos beneficia o aprendizado dos participantes⁽³⁸⁾ e melhora as condutas profissionais.

DISCUSSÃO

O CCPF é uma filosofia de saúde que desempenha um papel relevante na prestação de cuidados de saúde, uma vez que reconhece a família como parceira nos cuidados e na tomada de decisões⁽³⁹⁾. Para garantir o êxito dessa abordagem, é crucial que os profissionais de saúde estejam conscientes e comprometidos⁽³⁹⁾. Ao analisar os estudos, verifica-se que a prática de simulação em situações de emergências pediátricas para socorristas, aliada à presença de familiares, tem revelado impactos substanciais tanto no desempenho dos profissionais de saúde quanto nos resultados em saúde dos pacientes e das famílias⁽²⁹⁻³⁸⁾.

Ao explorar as pesquisas, constatou-se que os Estados Unidos se destacaram como o país com o maior volume de publicações^(29-31,34,35,37). O conceito de CCPF foi formalizado em 1992^(1,40) pelo *Family-Centered Care Institute*, sediado nos EUA^(1,40), o que corrobora que os países desenvolvidos foram os primeiros a promover o desenvolvimento do CCPF⁽⁴⁰⁾. A primeira publicação registrada sobre treinamentos de simulação clínica em contexto emergencial pediátrico foi encontrada na base de dados Medline, datada de 2010⁽²⁹⁾. Desde então, o volume de publicações apresenta um aumento progressivo, culminando em seu ápice em 2022⁽³⁴⁻³⁷⁾.

Devido aos benefícios claros dessa filosofia, sua adoção se tornou amplamente aceita em várias áreas de cuidados de saúde pediátrica⁽⁴⁰⁾. Isso abriu caminho para a implementação de treinamentos de simulação em diversas unidades, inicialmente em unidades de cuidados intensivos pediátricos e neonatais^(29,36,37), programas de cardiologia pediátrica⁽²⁹⁾, salas de emergência^(31,32,35), unidades clínicas pediátricas^(30,32,33,38) e, em menor número, no contexto pré-hospitalar⁽³¹⁾, com um único estudo associado a uma unidade hospitalar para a simulação em emergência pediátrica com socorristas. Vale ressaltar que as orientações da política conjunta de 2006 da Academia Americana de Pediatria e do Colégio Americano de Médicos de Emergência⁽³⁶⁾, bem como as Diretrizes do Conselho Europeu de Reanimação para

Reanimação de 2015, promovem a presença da família durante tentativas de reanimação⁽⁴¹⁾.

Associado a esse contexto, esta revisão destaca a crescente participação multiprofissional nos treinamentos ao longo dos anos^(31-36,38). Embora os enfermeiros estejam geralmente mais presentes e dispostos a apoiar o CCPF, muitos carecem do conhecimento e da autoconfiança necessários para implementá-lo eficazmente^(30,42). A transição para uma abordagem centrada na família enfrenta desafios culturais e de percepção do cuidado, com a necessidade de adaptação e aceitação para uma implementação bem-sucedida, mesmo que a autoeficácia dos enfermeiros ainda não indique uma preparação completa para essa transformação⁽⁴²⁾. Isso se reflete também no posicionamento dos socorristas, que, em eventos pediátricos críticos, priorizam o cuidado ao paciente em detrimento da abordagem familiar⁽³¹⁾.

As evidências indicam uma evolução significativa na utilização de simulações na área da educação em saúde⁽²⁹⁻³⁸⁾. Dentre as diversas estratégias, esta revisão demonstra que a simulação de alta fidelidade está sendo cada vez mais empregada^(29,31-34,36-38), favorecendo o raciocínio clínico e auxiliando na tomada de decisão em casos complexos⁽⁴³⁾.

Os estudos destacaram a prioridade em desenvolver habilidades de comunicação e apoio emocional em atendimentos emergenciais pediátricos^(29,30,32,34,36,38), especialmente em cenários de reanimação^(29,32-35,37). A qualidade da comunicação, tanto verbal quanto não verbal, é fundamental para as famílias, pois seu envolvimento ativo pode neutralizar a experiência de desamparo e atuar contra o luto traumático⁽⁹⁾. Embora o uso de simulações em saúde tenha despertado interesse na formação de competências não técnicas, como a comunicação, essas ainda são menos estudadas que as competências técnicas, com resultados variáveis⁽⁴²⁾. A gestão de cuidados de qualidade e segurança na emergência exige habilidades de comunicação para construir confiança e atingir objetivos⁽⁴²⁾. O desempenho eficaz dessas habilidades pode superar barreiras ambientais e de mão de obra, sendo crucial para cuidados centrados no paciente e na família⁽³¹⁾.

As limitações identificadas nesta revisão estão relacionadas à natureza da intervenção por simulação clínica. Estas incluem a distinção entre o cenário controlado da simulação e o ambiente real⁽³¹⁾, barreiras culturais entre as equipes⁽³¹⁾, problemas estruturais nas simulações, cenários não validados⁽³⁴⁾, atores com desempenho inconsistente ou conhecidos^(31,33), duração prolongada das simulações⁽³⁵⁾ e ausência de parte da população-alvo durante as etapas^(35,37).

Por fim, a presença familiar durante simulações de emergência pediátrica não só reduz o estresse dos profissionais de saúde, mas também melhora suas respostas, evidenciando a importância da educação em saúde baseada em simulação. Além de aumentar a confiança da equipe e identificar lacunas de conhecimento, a integração entre simulação, comunicação e apoio emocional é crucial para aprimorar a qualidade dos cuidados e melhorar a experiência das famílias. Investimentos nesses aspectos promovem um ambiente de cuidados mais empático e centrado no paciente, reforçando a necessidade de promover pesquisas nesse contexto em outras ambiências.

Limitações do estudo

A maioria dos registros identificados através do acrônimo PCC⁽²³⁾ descrevia estudos técnicos sobre treinamento de simulação clínica em emergências pediátricas para socorristas, devido à dificuldade de encontrar descritores específicos para o CCPF. Essa condição pode ter limitado as buscas, visto que a maioria dos artigos utilizou “*family-centered care*” e “*presence of family*” como palavras-chave. Além disso, a utilização do descritor “*emergency responders*” resultou em pesquisas infrutíferas, sendo necessário acrescentar “*health personnel*” para alcançar estudos referentes aos profissionais de saúde em ambientes hospitalares e pré-hospitalares. A predominância de estudos realizados nos Estados Unidos, onde essa filosofia se originou, também restringe a amplitude das discussões com outras realidades.

Contribuições para as Áreas de Pesquisa e Saúde

A pesquisa enfatiza a simulação clínica como uma ferramenta indispensável para treinamentos em emergências pediátricas com o envolvimento das famílias. As evidências apontam benefícios, como o aumento da autoconfiança dos profissionais, a adoção de táticas eficazes para reduzir o estresse da equipe e a melhoria da comunicação com os familiares, especialmente em ambientes hospitalares.

Vale ressaltar que promover pesquisas adicionais nesse campo pode ampliar o conhecimento e aprimorar habilidades técnicas em emergências pediátricas na presença da família, com capacitação e apoio aos profissionais. Ao expandir as estratégias de simulação clínica centradas na família para vários países, pode-se impactar significativamente a promoção do atendimento emergencial pediátrico humanizado em todo o mundo.

CONCLUSÕES

As evidências desta pesquisa demonstraram que as simulações são eficazes para enfrentar barreiras na interação com familiares de crianças durante o atendimento emergencial, permitindo aos profissionais adquirir confiança e aprimorar habilidades técnicas e de comunicação em um ambiente controlado. No entanto, a interação familiar ainda é secundária em treinamentos de emergências pediátricas, havendo necessidade de maior ênfase.

Um atendimento emergencial pediátrico centrado na família assegura uma assistência integral e segura, superando desafios em situações críticas. Futuras iniciativas de treinamento e pesquisa devem focar na inclusão das famílias, com uma abordagem mais holística e colaborativa no cuidado ao paciente.

FOMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001 e da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS/MEC – Brasil – portaria 141/2020.

CONTRIBUIÇÕES

Fogaça KS, Queiroz-Cardoso AI, Almeida RGS, Marques FRB, Marcheti MA contribuíram com a concepção ou desenho do estudo/pesquisa. Fogaça KS, Marti GF, Queiroz-Cardoso AI, Marques FRB, Marcheti MA contribuíram com a análise e/ou interpretação dos dados. Fogaça KS, Queiroz-Cardoso AI, Almeida RGS, Marques FRB, Marcheti MA contribuíram com a revisão final com participação crítica e intelectual no manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Johnson B, Abraham M, Conway J, et al, editors. Partnering with patients and families to design a patient and family-centered health care system: recommendations and promising practices [Internet]. Bethesda (MD): Institute for Patient-and Family-Centered Care, Ltd.; 2008[cited 2007 Jul 5]. 206p. Available from: <https://www.ipfcc.org/resources/PartneringwithPatientsandFamilies.pdf>
2. Cruz AC, Pedreira MLG. Patient and family centered care and patient safety: reflections upon emerging proximity. Rev Bras Enferm. 2020;73(6):e20190672. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0672>
3. Mendes LAM, Guareschi APDF. Child family presence in emergencies and invasive procedures: integrative review. Rev Soc Bras Enferm Ped. 2018;18(2):96–102. <https://doi.org/10.31508/1676-3793201800015>
4. Queruz ALD, Bevilacqua SR, Barcelos LS, Furlan MCR, Cremonese IZ, Barreto MS. Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures: nursing and medical students' perception. Rev Enferm Cent O Min. 2023;13:e4745. <http://doi.org/10.19175/recom.v13i1.4745>
5. Masa'Deh R, Saifan A, Timmons S, Nairn S. Families' stressors and needs at time of cardiopulmonary resuscitation: Jordanian perspective. Glob J Health Sci. 2013;6(2):72-85. <http://doi.org/10.5539/gjhs.v6n2p72>
6. Guzzetta C. Family presence during resuscitation and invasive procedures. Crit Care Nurse. 2016;36(1):e11-4. <https://doi.org/10.4037/ccn2016980>
7. Ferreira CAG, Balbino FS, Balieiro MMFG, Mandetta MA. Validation of instruments about family presence on invasive procedures and cardiopulmonary resuscitation in pediatrics. Rev Latino-Am Enferm. 2018;26:e3046. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2368.3046>
8. Barreto MS, Peruzzo HE, Garcia-Vivar C, Marcon SS. Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures: a meta-synthesis. Rev Esc Enferm USP. 2019;53:e03435. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018001303435>
9. De Stefano C, Normand D, Jabre P, Azoulay E, Kentish-Barnes N, Lapostolle F, et al. Family presence during resuscitation: a qualitative analysis from a national multicenter randomized clinical trial. PloS One. 2016;11(6):e0156100. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156100>

10. Barreto MS, Arruda GO, Garcia-Vivar C, Marcon SS. Family centered care in emergency departments: perception of Brazilian nurses and doctors. *Esc Anna Nery*. 2017;21(2):e20170042. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170042>
11. Santana CJ, Silva M, Oliveira F, Coimbra JAH, Marcon SS, Oliveira MLF. Interaction of a mobile emergency service with families. *J Health Sci [Internet]*. 2016 [cited 2023 Jul 4];18(4):235–39. Available from: <https://journalhealthscience.pgsscogna.com.br/JHealthSci/article/view/3497>.
12. Fuchs S, McEvoy M. Pediatric education for prehospital professionals. Burlington: American Academy of Pediatrics; 2021. 30 p.
13. Landa-Ramírez E, López-Gómez A, Jiménez-Escobar I, Sánchez-Sosa JJ. Breaking bad news in the emergency room: suggestions and future challenges. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]*. 2017 [cited 2024 Mar 4];55(6):736–47. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im176j.pdf>
14. Rodrigues JLSQ, Portela MC, Malik AM. Agenda for patient-centered care research in Brazil. *Ciênc Saúde Colet*. 2019;24(11):4263–75. <http://doi.org/10.1590/141-812320182411.04182018>
15. Nishisaki A, Diekema DS. Mind the gap and narrowing it: family presence during pediatric resuscitation and invasive procedures. *Resuscitation*. 2011;82(6):655–6. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2011.03.028>
16. MacAlvin SS, Carew-Lyons A. Family presence during resuscitation and invasive procedures in pediatric critical care: a systematic review. *Am J Crit Care*. 2014;23(6):477–85. <https://doi.org/10.4037/ajcc2014922>
17. Mekitarian FFP, Angelo M. Family's presence in the pediatric emergency room: opinion of health's professionals. *Rev Paul Pediatr*. 2015;33(4):460–66. <https://doi.org/10.1016/j.rpped.2015.03.010>.
18. Rodrigues GVB, Cortez EA, Almeida YS de, Santos ECG dos. Permanent health education in urgency and emergency services: an integrating review. *RSD*. 2020;9(8):e14985269. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5269>
19. Costa RRO, Mata ÁNS, Almeida RGS, Coutinho VRD, Alves LYM, Mazzo A. Skills and clinical simulation laboratory in times Covid-19: possibilities and practical recommendations. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2021;54(1):e177075. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2021.177075>
20. Soares GSD, Azevedo CRF. Clinical simulation as a strategy for the implementation of permanent education in mobile emergency care service. *Rev Chronos Urg*. 2022;1(1):e1121.25. <https://doi.org/10.52572/revchronosurg.v1i1.25>
21. Brazão ML, Nóbrega S, Barreto F, Almada S. The role of simulation in emergency teams training. *Med Interna*. 2022;29(4):287–94. <https://doi.org/10.24950/rspmi.1229>
22. Costa BOC, Ferreira CA, Peters AA, Prado RT. Importance of realistic simulation in the evolution of nursing academic in urgency and emergency: systematic review. *Rev Ibero-Americana Hum Ciênc Educ*. 2023;9(3):1925–44. <https://doi.org/10.51891/rease.v9i3.9029> .
23. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Scoping Reviews (2020). Aromataris E, Lockwood C, Porritt K, Pilla B, Jordan Z, editors. *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI;2024;(10):160–90. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-09>
24. Munn Z, Peters MDJ, Stern C, Tufanaru C, McArthur A, Aromataris E. Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Med Res Methodol*. 2018;18(1):1–8. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>
25. Lockwood C, Tricco AC. Preparing scoping reviews for publication using methodological guides and reporting standards. *Nurs Health Sci*. 2020;22(1):1–4. <https://doi.org/10.1111/nhs.12673>
26. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467–73. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
27. Fogaça KS, Marti GF, Cardoso AIQ, Almeida RGS, Marques FRB, Marcheti MA. Clinical simulation training for emergency responders with a child-family approach. *Open Science Framework (OSFHOME)*. 2024. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/YR9QA>
28. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan: a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Rev*. 2016;5(1):1–10. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
29. Pye S, Kane J, Jones A. Parental presence during pediatric resuscitation: the use of simulation training for cardiac intensive care nurses. *J Spec Pediatr Nursing*. 2010;15(2):172–5. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6155.2010.00236.x>
30. Fisher MJ, Broome ME, Friesth BM, Magee T, Frankel RM. The effectiveness of a brief intervention for emotion-focused nurse–parent communication. *Pat Educ Counseling*. 2014;96(1):72–8. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.04.004>
31. Ayub EM, Sampayo EM, Shah MI, Doughty CB. Prehospital providers' perceptions on providing patient and family centered care. *Prehosp Emerg Care*. 2016;21(2):233–41. <https://doi.org/10.1080/10903127.2016.1241326>
32. Sweeney R, McNaughten B, Thompson A, Storey L, Murphy P, Bourke T. ACTup: advanced communication training simulation enhanced by actors trained in the Stanislavski system. *BMJ Simul Technol Enhanc Learn*. 2020;7(1):35–7. <https://doi.org/10.1136/bmjstel-2019-000553>
33. Deacon A, O'Neill T, Delaloye N, Gilfoyle E. A qualitative exploration of the impact of a distressed family member on pediatric resuscitation teams. *Hosp Pediatr*. 2020;10(9):758–66. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2020-0173>
34. Schafer KM, Kremer MJ. Outcomes of simulation based experiences related to family presence during resuscitation: a systematic review. *Clin Simul Nursing*. 2022;65:62–81. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2022.01.002>
35. Lewis KD, Destino L, Everhart J, Subramony A, Dreyer B, Allair B, et al. Patient and family-centered I-PASS SCORE program: resident and advanced care provider training materials. *MedEdPORTAL*. 2022;18:11267. https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.11267
36. Bordessoule A, Felice-Civitillo C, Grazioli S, Barcos F, Haddad K, Rimensberger PC, et al. In situ simulation training for parental presence during critical situations in PICU: an observational study. *Eur J Pediatr*. 2022;181(6):2409–14. <https://doi.org/10.1007/s00431-022-04425-8>

37. Bush RN, Woodley L. Increasing nurses' knowledge of and self-confidence with family presence during pediatric resuscitation. *Crit Care Nurse*. 2022;42(4):27–37. <https://doi.org/10.4037/ccn2022898>
 38. Cooper A, Iten R, Leslie GD, Barrett D, Lane M, Mould J, et al. Using clinical simulation to assess a new paediatric ESCALATION system education package: empirical research mixed methods. *Nursing Open*. 2024;11(2). <https://doi.org/10.1002/nop2.2100>
 39. Abdel Razeq NM, Arabiat DH, Ali RA, Al-Motlaq M. Nurses' beliefs and perceptions regarding family-centered care services in acute pediatric healthcare settings. *J Pediatr Nursing*. 2024;75:16–22. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2023.11.025>
 40. Çimke S, Gürkan DY, Polat S. Research on family-centered care in pediatric patients: a bibliometric analysis. *J Pediatr Nursing*. 2024;76:199–206. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2024.02.017>
 41. Bossaert LL, Perkins GD, Askitopoulou H, Raffay VI, Greif R, Haywood KL, et al. European resuscitation council guidelines for resuscitation 2015. *Resuscitation*. 2015;95:302–11. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.033>
 42. Zhang C. A literature study of medical simulations for non-technical skills training in emergency medicine: twenty years of progress, an integrated research framework, and future research avenues. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(5):4487. <https://doi.org/10.3390/ijerph20054487>
 43. Nogueira LS, Domingues TAM, Espadaro RF. Manual de simulação clínica para profissionais de enfermagem. São Paulo: COREN-SP; 2020. 30p.
-

5.2. Capítulo II - Artigo Submetido

Cenário simulado para o atendimento pré-hospitalar móvel emergencial centrado na criança e família.

Considerando que o manuscrito se encontra em processo final de elaboração, apresentamos o conteúdo integral com intenção de submissão ao periódico *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. Respeitando os direitos autorais cedidos posteriormente ao periódico de submissão e possível publicação, exemplares desta dissertação serão de acesso restrito à comissão julgadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

ARTIGO ORIGINAL

Cenário simulado para o atendimento pré-hospitalar móvel emergencial centrado na criança e família**RESUMO**

Objetivo: Desenvolver e validar um cenário simulado para capacitação da equipe de enfermagem no atendimento pré-hospitalar móvel, com enfoque na abordagem centrada na família durante emergências pediátricas. **Método:** Estudo metodológico conduzido em três etapas: construção do cenário fundamentado na revisão da literatura nacional e internacional; validação de conteúdo e aparência por 12 especialistas da enfermagem, utilizando o Coeficiente de Validade de Conteúdo, Índice de Validade de Conteúdo e sugestões descritas em instrumento de análise; teste-piloto e validação da estrutura do cenário pelo público-alvo baseado na Escala de *Design* da Simulação. O estudo foi conduzido entre junho e outubro de 2024, no estado de Mato Grosso do Sul, Brasil.

Resultados: Após duas rodadas *Delphi* foram alcançados os seguintes valores - Coeficiente de Validade de Conteúdo: 0,90; Índice de Validade de Conteúdo: 0,98 e Índice de Concordância: 90,6%. As sugestões dos especialistas foram incorporadas. O público-alvo considerou adequado o *design* da simulação com o Alfa de *Cronbach* de 0,90 e Índice de Concordância superior a 91%.

Conclusão: Foi construído e validado com êxito para aprimoramento de habilidades da equipe de enfermagem que atua no atendimento pré-hospitalar móvel.

Descritores: Treinamento por Simulação; Educação Continuada em Enfermagem; Serviços Médicos de Emergência; Enfermagem Familiar; Criança.

INTRODUÇÃO

A filosofia do Cuidado Centrado no Paciente e na Família (CCPF) enfatiza a participação ativa da família no cuidado e nas decisões em saúde ⁽¹⁾. Inicialmente aplicado na pediatria hospitalar, promove assistência integrada, focada no bem-estar do paciente e familiares ^(2,3). A enfermagem tem avançado nesse conceito, reforçando a proximidade com o paciente e sua família ao longo do tempo ⁽⁴⁾.

A presença da família em procedimentos emergenciais tem sido amplamente debatida nos últimos anos ^(2,5). Diretrizes internacionais recomendam essa prática devido a benefícios como alívio da dor, maior segurança, satisfação de pacientes e familiares, melhor adesão ao tratamento, redução de custos e apoio no luto ^(2,5-7). No entanto, a falta de protocolos específicos e a resistência dos profissionais, frequentemente baseada em percepções subjetivas, ainda influenciam a inclusão ou exclusão dos familiares no atendimento ^(5,8).

Embora o CCPF seja reconhecido como ideal para a assistência ao paciente e sua família ^(1,3), sua implementação enfrenta desafios culturais, institucionais e profissionais, especialmente no atendimento pré-hospitalar (APH) móvel ^(5,9). Tradicionalmente focado no tratamento

imediatamente e no transporte do paciente ^(5,10), esse contexto exige pesquisas e treinamentos que contemplem a experiência de profissionais e usuários em cenários dinâmicos ⁽¹¹⁾. O ambiente da ambulância, com espaço e equipe limitados, demanda qualificação e treinamentos contínuos ⁽⁹⁾. Em emergências pediátricas, a complexidade aumenta, exigindo decisões rápidas e habilidades técnicas e emocionais para incluir a família, que pode auxiliar nos primeiros socorros, fornecer informações e tomar decisões ^(5,9,10).

A estabilização da vítima enquanto a família vivencia a vulnerabilidade e o sofrimento gera estresse para todos os envolvidos ^(5,10-13). Em emergências pediátricas, sentimento de impotência e angústia são intensificados, ampliando o impacto emocional familiar ^(4,12). Apesar da relevância, a adoção de práticas centradas na família ainda é limitada, devido ao receio de interferências no atendimento e ao possível aumento do estresse da equipe ⁽¹⁰⁾.

No Brasil, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é um dos principais dispositivos do APH móvel, proporcionando resposta rápida a emergências para prevenir sofrimento, sequelas ou morte ⁽¹⁴⁾. Sua atuação exige capacitação contínua, integrando teoria e prática. Nesse campo, o enfermeiro desempenha funções além da assistência, incluindo gestão, planejamento e treinamento das equipes ^(12,14).

A simulação clínica emerge como uma estratégia pedagógica que integra teoria e prática no treinamento em emergências, preparando profissionais para cenários críticos ao abordar aspectos técnicos e humanos do cuidado ⁽¹⁵⁾. Em um ambiente seguro, promove o desenvolvimento de habilidades, reduz erros e fortalece empatia, comunicação e trabalho em equipe ^(2,15).

Cenários simulados que incluem famílias aprimoram acolhimento, comunicação e manejo emocional, beneficiando profissionais e familiares ao reduzir a ansiedade e fortalecer a confiança e segurança nos procedimentos ^(6,15,16). A capacitação de profissionais na abordagem do cuidado centrado na família, por meio da simulação clínica, aprimora sua habilidade de atender às necessidades específicas de crianças e famílias no contexto pré-hospitalar. Essa prática promove um atendimento mais compassivo e alinhado aos princípios da humanização do cuidado, fortalecendo a qualidade e a sensibilidade no suporte oferecido ^(2,6).

Diante desse contexto, este estudo buscou desenvolver e validar um cenário simulado para o atendimento emergencial pediátrico no APH móvel, integrando a abordagem CCPF para profissionais da enfermagem. A proposta visa qualificar os profissionais para lidar com situações críticas e humanizadas, contribuindo para a inclusão efetiva dos familiares como parte ativa do cuidado, fomentando melhorias na prática assistencial e na segurança do atendimento pediátrico.

MÉTODO

Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo metodológico de desenvolvimento e validação de conteúdo de um cenário para treinamento por simulação, estruturado em três etapas distintas: desenvolvimento do cenário, validação de conteúdo e aparência por especialistas, teste-piloto e validação do design pelo público-alvo. O estudo foi conduzido entre os meses de junho e dezembro de 2024, com profissionais de enfermagem atuantes no atendimento pré-hospitalar móvel.

Construção de um cenário simulado

A construção do cenário simulado consistiu em duas fases: primeiramente, para o desenvolvimento teórico, foram utilizados os resultados obtidos em revisão da literatura, por intermédio de *scoping review*, evidências científicas nacionais e internacionais, realizada pelos próprios pesquisadores e disponível na literatura ⁽¹⁷⁾. Também foram considerados estudos sobre implementação da filosofia do Cuidado Centrado no Paciente e na Família ^(1,3), além de protocolos relacionados ao Atendimento Pré-Hospitalar móvel com foco nas práticas de enfermagem na assistência a crianças com hipoglicemia ⁽⁹⁾. Adicionalmente, profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) contribuíram com relatos de experiências reais, abordando o manejo da hipoglicemia pediátrica e a interação com familiares durante atendimentos emergenciais.

Na fase subsequente, para o arcabouço estrutural do protótipo, seguiu as diretrizes da *International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning* (INACSL), que propõe práticas e elementos recomendados para o desenvolvimento de estratégias de ensino por simulação, especialmente na enfermagem ⁽¹⁸⁾. A redação do cenário respeitou os itens propostos por Fabri *et al.* ⁽¹⁹⁾ ou seja: a) conhecimento prévio do aluno; b) objetivo da aprendizagem; c) fundamentação teórica da atividade; d) preparo do cenário; e) desenvolvimento do cenário; f) *debriefing* e g) avaliação.

A fim de avaliar o desempenho dos aprendizes segundo as competências aplicáveis no cenário, foi elaborado um checklist de verificação, no formato objetivo estruturado, esse material também serviu para guiar a etapa de *debriefing*.

Validação de Conteúdo e Aparência do Constructo por Especialistas

A etapa de validação por especialistas deu-se de forma remota, com avaliação da representatividade do conteúdo e a aparência do cenário.

A amostra de juízes especialistas foi obtida por conveniência, atendendo ao escopo da pesquisa, com seleção inicial realizada por meio da consulta à Plataforma Lattes, do Conselho

Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Complementarmente, os pesquisadores do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Intervenção Familiar sugeriram nomes e contatos de profissionais elegíveis para o estudo de todas as regiões do país. Embora não exista consenso na literatura sobre o número ideal de especialistas para validação, estudos recomendam um mínimo de cinco avaliadores para garantir uma taxa de concordância aceitável, superior ou igual a 90% ^(20,21).

Ao todo, treze profissionais que atenderam aos critérios de inclusão ⁽²²⁾ foram convidados por meio de endereço eletrônico. Os critérios de inclusão estabelecidos foram: ser profissional de enfermagem com título de mestre ou doutor e domínio sobre a temática (simulação clínica, Cuidado Centrado no Paciente e na Família, atendimento pré-hospitalar móvel, emergência pediátrica e construção e validação de instrumentos); ter no mínimo um ano de experiência profissional (em assistência, ensino ou pesquisa) na área de interesse; e possuir experiência em determinado tipo de estudo, comprovada por publicações científicas relacionadas ao tema, participações de banca.

No total, doze enfermeiros compuseram o comitê de especialistas. O critério de exclusão foi a não resposta dentro do prazo estipulado após o aceite do convite. Para facilitar a análise e validação, os especialistas receberam, por e-mail, uma carta-convite e um *link* para um formulário hospedado na plataforma *Google Forms*, contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após o aceite, responderam a um questionário de caracterização profissional e três seções destinadas à avaliação do cenário, totalizando 13 itens.

Os itens foram avaliados quanto à clareza, abrangência, organização e pertinência do conteúdo, seguindo os procedimentos psicométricos descritos por Pasquali ⁽²¹⁾. Cada item incluía também um subitem para resposta aberta, permitindo que os especialistas apresentassem comentários e sugestões. A escala utilizada foi de 1 (irrelevante) a 4 (extremamente relevante). Caso atribuíssem notas entre 1 e 2, os especialistas deveriam justificar a avaliação, sugerindo alterações ou exclusões. O prazo para análise e resposta foi estipulado em 20 dias.

Teste-piloto e validação do design do cenário pelo público-alvo

O teste-piloto do cenário ocorreu em uma unidade de simulação de uma universidade pública localizada na capital do Mato Grosso do Sul. A atividade integrou a estratégia educacional intitulada “*Workshop de Simulação*”, direcionada à comunidade acadêmica e aos profissionais do SAMU local. O evento contou com uma aula expositiva e dialogada sobre a abordagem do Cuidado Centrado na Família e no Paciente, seguida pela participação do público-alvo na simulação. Antes do início do workshop, os participantes preencheram um

instrumento de caracterização, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e autorizaram o uso de imagens. Essa etapa foi conduzida em outubro de 2024.

Essa fase possui relevância destacada na literatura, uma vez que o público-alvo possui familiaridade significativa com os constructos abordados, adquirida por meio de experiência pessoal direta ⁽²³⁾. Foram convidados profissionais de enfermagem com, no mínimo, um ano de experiência em atendimento pré-hospitalar móvel. O grupo selecionado foi composto por cinco enfermeiros e seis técnicos de enfermagem. Adicionalmente, dois enfermeiros docentes com experiência em pesquisa e emergência foram convidados para acompanhar as rodagens, utilizando o *checklist* de avaliação preenchido durante o desenvolvimento do cenário. Os critérios de exclusão incluíram enfermeiros que participaram de qualquer fase do desenvolvimento do cenário, bem como profissionais que estivessem em férias ou licença no período.

A atividade simulada foi conduzida em grupos compostos por dois profissionais por vez, sendo um enfermeiro e um técnico de enfermagem, totalizando cinco rodadas ($n = 11$). Dois professores pesquisadores revezaram-se na moderação, utilizando o referencial teórico ⁽¹⁹⁾ para conduzir o cenário e suas etapas. Cada sessão de simulação teve duração máxima de 20 minutos, seguida por um debriefing estruturado, realizado em uma sala separada, com duração aproximada de 30 minutos.

Ao término da simulação, os participantes responderam à Escala de *Design* da Simulação (EDS), validada para o português ⁽²⁴⁾, por meio de um questionário disponibilizado via *Google Forms*. Esse instrumento avalia cinco domínios: objetivos e informações da simulação, apoio, resolução de problemas, feedback/reflexão e realismo. A escala contém 20 itens, divididos em duas subescalas: uma sobre o design da simulação e a segunda sobre a importância atribuída ao item. Ambas, utilizam padrão de resposta do tipo *Likert* de 5 pontos ordinais, também possui a opção “não aplicável” quando a declaração não diz respeito à atividade simulada.

Essa etapa teve como objetivo avaliar a clareza da descrição do cenário, os componentes da simulação em relação à funcionalidade e ao tempo, bem como a estruturação do *debriefing*.

Análise e Tratamento dos Dados

Os dados obtidos neste estudo foram organizados em uma planilha no programa Microsoft Excel® e analisados conforme a especificidade de cada etapa da pesquisa.

A análise de concordância e validação foi conduzida ao longo de duas rodadas *Delphi*. Os dados foram submetidos a duas análises estatísticas de concordância: o Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) e o Índice de Validação de Conteúdo (IVC), amplamente

reconhecidos por sua eficácia na avaliação da consistência e pertinência de instrumentos de pesquisa ⁽²⁰⁾. No que tange à análise das sugestões de especialistas, estas foram discutidas criteriosamente entre os pesquisadores para decidir sobre sua incorporação ao cenário.

O CVC foi calculado para verificar a semelhança de concordância dos especialistas nas respostas para cada item do instrumento e o CVC Global considerando o cálculo de viés. Para que fossem considerados válidos, estabeleceu-se como critério de aceitação um CVC superior a 0,80 ⁽²¹⁾.

O IVC definiu a proporção de especialistas cujas opiniões estão em concordância sobre os aspectos avaliados. O cálculo do Índice de Validade de Conteúdo por Item (IVC-i), que corresponde à concordância dos avaliadores para cada item do instrumento e ao IVC Global ⁽²⁰⁾. Além disso, foram mensurados a Média do Índice de Validade de Conteúdo do Cenário (S-IVC-Avc) e o Índice de Concordância Geral. Neste estudo, considerou-se satisfatório um escore mínimo de 0,90, enquanto itens com valores inferiores a 0,83 foram revisados. Itens que atingiram valores iguais ou superiores a 0,90 permaneceram no instrumento sem alterações. O ponto de corte para o Índice de Concordância foi de 90%.

Os dados referentes à caracterização dos participantes do estudo (especialistas e público-alvo), bem como dos resultados da aplicação da Escala de *Design* da Simulação (EDS) foram analisados pela estatística descritiva. A confiabilidade da EDS, nesta amostra, foi avaliada pelo Alfa de *Cronbach*, valores superiores a 0,70 indicam boa confiabilidade ⁽²⁴⁾.

Aspectos Éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, sob o Parecer n. 6.852.503, de 27 de maio de 2024, consoante a Resolução n.466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes concordaram em participar da pesquisa e assinaram o TCLE. Ressalta-se que este artigo faz parte da dissertação de mestrado intitulada “Emergência pediátrica com a presença da família no atendimento pré-hospitalar móvel: construção e validação de cenário de simulação” do programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, os dados foram coletados por uma mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

RESULTADOS

O cenário de simulação clínica denominou-se “Atendimento pré-hospitalar móvel em emergência clínica pediátrica com a presença da família” e foi elaborado conforme os itens citados no Quadro 1, norteados pelos objetivos de aprendizagem, respeitando os itens com base nas recomendações propostas para construção de cenários ^(18,19).

Quadro 1 - Identificação do cenário de simulação – Campo Grande, MS, Brasil, 2024.

Título: Atendimento pré-hospitalar móvel em emergência clínica pediátrica com a presença da família		
Conhecimento prévio do aprendiz: Experiência assistencial mínima de um ano em atendimento pré-hospitalar (APH) móvel, com conhecimentos gerais sobre temas relacionados, como segurança da cena, protocolos de atendimento no APH, emergências pediátricas, emergências clínicas, causas de parada cardiorrespiratória e suporte básico e avançado de vida.		
Objetivos de aprendizagem • Prestar assistência emergencial integral no contexto pré-hospitalar para o manejo clínico de crianças com hipoglicemia, na presença da família e seguindo os princípios do Cuidado Centrado no Paciente e Família (CCPF); • Realizar protocolos APH; • Realizar exame físico estruturado ABCDE, • Reconhecer sinais de hipoglicemia no bebê, regulação e tratamento; • Reconhecer possíveis estratégias para implementação do CCPF na prática emergencial pediátrica no APH móvel.		
Recursos materiais		
Espaço físico	Ambiente que simula cena de atendimento pré-hospitalar móvel no domicílio.	
Simulador	Simulador de fidelidade média.	
Recursos humanos	Ator 1: acompanhante familiar da criança;	
	Ator 2: condutor socorrista;	
	Participante 1: enfermeiro;	
	Participante 2: técnico de enfermagem;	
	Facilitador 1: profissional capacitado para realizar a intervenção educativa;	
	Facilitador 2: colaborador para preenchimento do <i>checklist</i> .	
Materiais utilizados	Materiais para o cenário	
	Simulador bebê <i>reborn</i> RN que permita punção; vestido; cueiro; bolsa maternidade; telefone celular; maca; lençol para maca; lençol para coxim.	
	Materiais para a mochila de acesso	
	EPI (óculos de proteção, máscara, luvas, macacão ou jaleco); mochila de atendimento para sinais vitais; oxímetro; aparelho de glicemia; lanceta; algodão; pacote de gaze; álcool; estetoscópio; esparadrapo; micropore; cateter flexível para punção venosa nº 24; equipo; soro fisiológico 100ml; conexão 2 vias; seringa 10 ml; agulha 40x12; agulha 25x7; glicose 50% (01 ampola); caixa para perfuro-cortante.	
Descrição do cenário clínico para facilitador		
Você conduzirá uma simulação clínica com a atriz que interpreta Mariana, uma jovem de 18 anos, diarista, casada com André, de 20 anos, que trabalha com serviços gerais. Olívia é a primeira filha do casal. Mariana descobriu a gestação na 28ª semana e realizou duas consultas de pré-natal. O bebê nasceu prematuro, com 33 semanas, e recebeu alta da maternidade com 35 semanas de idade corrigida, há uma semana. Enfrenta dificuldades para amamentação devido à pega inadequada do bebê e presença de fissuras mamilares. O bebê usa fórmula láctea para prematuro, mas o complemento acabou há um dia, e os pais aguardam o pagamento do Bolsa Família para a compra. A equipe de suporte intermediário é acionada às 7h, chega a residência e encontra a criança enrolada em um cueiro no colo da mãe, a bebê está hipotônica, apática, gemente, diaforética e com tremores discretos de extremidade. A mãe preocupada e chorosa relata que ao acordar encontrou a criança “molinha” e que a última mamada foi por volta de 1h da manhã, com leite materno sem complemento.		
Exame físico	A - Vias aéreas pervias,	
	B - FR: 50 rpm, Sat 96%,	
	C - Corada, porém sudorética e com pulso palpável.	
	D - Glasgow*: 09 - AO: 2 (ao estímulo físico à pressão); CV: 2 (gemidos); RM: 5 (retirada ao toque) e Glicemia: 35mg/dl.	
Ação Reação		
Desenvolvimento	Equipe de enfermagem se apresenta ao familiar antes de retirar o bebê dos braços do familiar para iniciar o atendimento?	Familiar pergunta quem é o médico.

Continua

Continuação Quadro 1

do cenário	A equipe encoraja a família a permanecer próxima durante o atendimento.	Familiar chorosa diz que não quer ficar longe do bebê.
	Equipe inicia a avaliação ABCDE e estabelece relação terapêutica e empática com a família.	Familiar pergunta por que o bebê está mole e menciona a dificuldade de amamentar.
	Equipe realiza a glicemia e oferece informações sobre o procedimento, reconhece as angustias da família.	Familiar ansiosa pergunta por que estão furando a bebê.
	Informa a família sobre a hipoglicemia usando uma terminologia compreensível, adequada para o entendimento da família.	Familiar pergunta o que significa, se é muito grave que não quer que o bebê vá para o hospital.
	Verbaliza a necessidade de regulação médica, prepara a punção e pergunta ao familiar se deseja permanecer, explicando a terapêutica.	Familiar pergunta se vai doer, questiona sobre o remédio e afirma que não deixará a bebê sozinha.
	Procedimento é realizado com a presença da família. Bebê apresenta melhora da consciência.	Fim da cena.
Descrição do cenário para o aprendiz		
Essa será uma simulação com um familiar simulado (ator) e bebê prematuro com 36 semanas de idade corrigida (simulador). Vocês terão aproximadamente 20 minutos para abordar a família em atendimento pré-hospitalar móvel no domicílio e prosseguir com intervenções, de modo a garantir um cuidado humanizado e focado na família enquanto unidade de cuidado e realizar a assistência necessária para o bebê com hipoglicemia. O laboratório de simulação não sofrerá a intervenção de pessoas externas à atividade, e será finalizado pelo facilitador da simulação a equipe concluir o atendimento ou ao final do tempo máximo de execução (20 minutos). Você deverá realizar perguntas sobre valores de sinais vitais e exame físico para o facilitador. Vocês estão na viatura de suporte intermediário (1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem e 1 condutor socorrista) e foram acionados pelo 192 às 7h para atender um bebê prematuro (36 semanas de idade corrigida), com dificuldades para amamentar, a mãe refere que o mesmo está "molinho" e respirando. A Central de Regulação informou que não há viaturas de suporte avançado disponíveis. Ao chegar à cena, vocês serão recebidos pela mãe, muito chorosa e ansiosa, que relata que o bebê "não acorda". A bebê está no colo da mãe, enrolada em um cueiro, hipotônica, apática, gemente, diaforética e com tremores discretos de extremidade. A mãe informa que está com dificuldades para amamentar e sem complemento há 2 dias, a última mamada foi à 1h da manhã, apenas com leite materno. Realize o atendimento ao paciente considerando a cena segura, uso de EPI e mochilas no local.		
Observações para o facilitador		
- Atividade simulada - 20 min; Checklist as seguintes perguntas devem ser respondidas: - A equipe de enfermagem se apresenta ao familiar antes de pegar o bebê dos braços para iniciar o atendimento? - A equipe de enfermagem pergunta o nome do familiar e do bebê antes de iniciar o atendimento? - A equipe encoraja a família a permanecer próxima durante o atendimento e usa estratégias para garantir o contato visual efetivo entre a família e o paciente? - Inicia avaliação ABCDE com relação (comunicação e escuta) terapêutica e empática com a família, permitindo que eles expressem seus sentimentos de maneira confortável, segura e sem julgamentos? - Realiza os sinais vitais: saturação, frequência respiratória, Glasgow, glicemia; reconhece as alterações. A equipe demonstra empatia e preocupação e reconhece que a família pode estar sofrendo e se sentindo angustiada? - Informa a família sobre a hipoglicemia usando uma terminologia compreensível, adequada para o entendimento da família? - Acolhe, sem julgamentos, os sentimentos expressos pela família (angústia frente a possibilidade de hospitalização)? - Verbaliza a necessidade de regulação médica, prepara a punção e pergunta à família quem deseja permanecer, explicando a terapêutica medicamentosa da criança?		
Debriefing		
Fase descritiva (Analisar o que ocorreu no caso sem julgar a performance dos participantes na simulação)		
Vocês poderiam descrever o quadro clínico encontrado?		
Fase analítica (Destacar as habilidades não técnicas importantes para os participantes na simulação)		
Como vocês se sentiram durante a realização da abordagem à família?		

Continua

Continuação Quadro 1

• A criança recebeu assistência? • O familiar foi atendido em sua necessidade? • Quais foram as ações positivas que vocês realizaram? • O que vocês fariam se tivessem outra oportunidade? Fase aplicativa (Mostrar como os participantes podem aplicar o conhecimento em sua prática clínica) • O que vocês levam de aprendizado dessa experiência para a sua prática clínica?
Fim da cena

A validação em conteúdo e aparência foi realizada por 12 enfermeiros provenientes de três regiões do Brasil, predominantemente do sexo feminino (92%). O tempo médio de formação dos participantes foi de 20 anos (mínimo 8, mediana 19 e máximo de 31 anos). Em relação à titulação acadêmica, nove participantes (75%) possuíam doutorado.

Quanto à trajetória e experiência profissional e acadêmica, oito enfermeiros (66,7%) apresentaram publicações relevantes na área de interesse do estudo, onze (85%) declararam-se docentes do ensino superior de Enfermagem. Todos os especialistas relataram atuar ou terem atuado em unidades hospitalares, sendo que quatro (33,3%) possuíam experiência em ambientes extra-hospitalares. Os enfermeiros demonstraram competência nas áreas de simulação clínica, cuidado centrado no paciente e na família, atendimento pré-hospitalar móvel, emergência pediátrica e construção e validação de instrumentos (Figura 1).

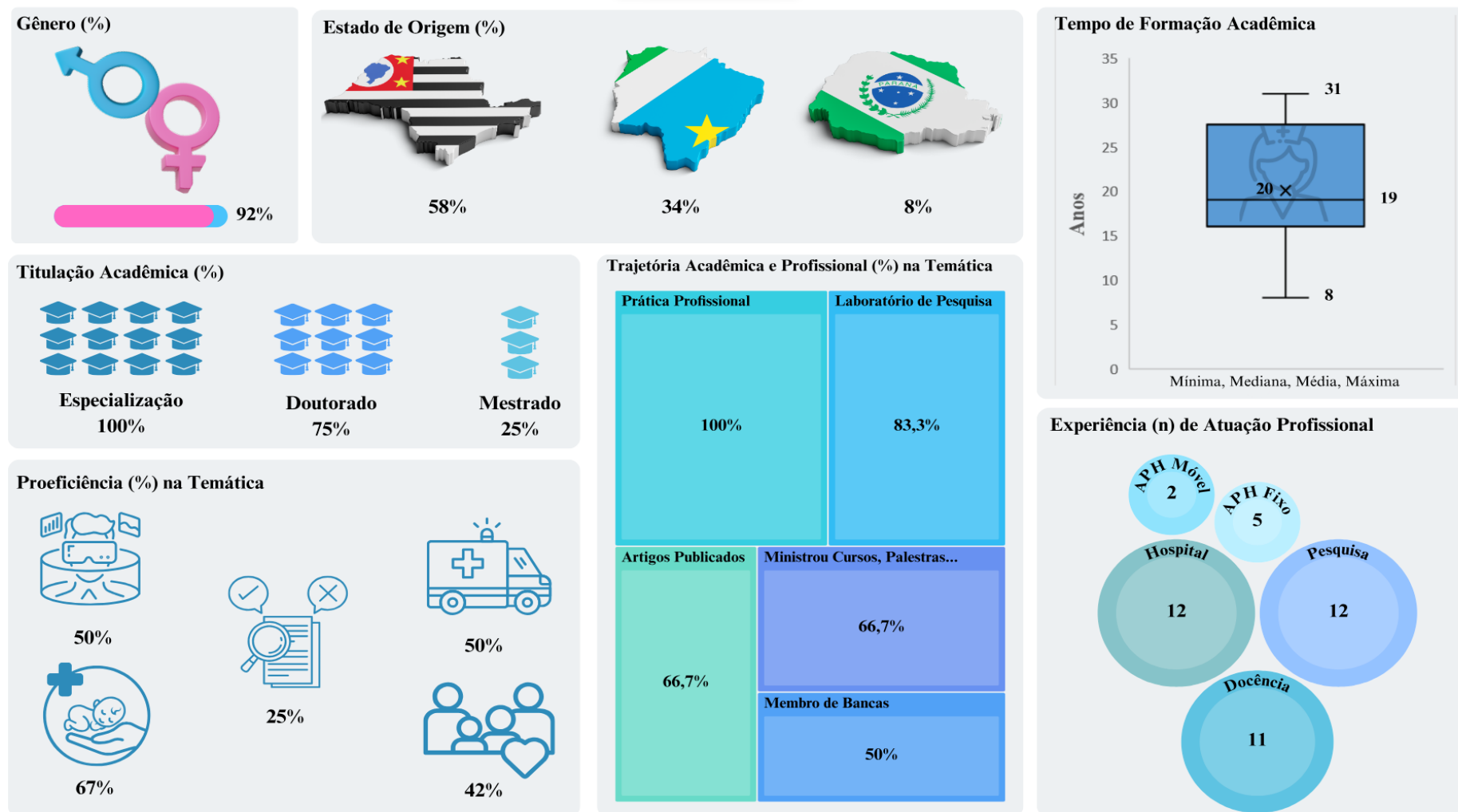


Figura 1 – Caracterização dos especialistas

Foram realizadas duas rodadas da técnica *Delphi* para avaliação dos especialistas. Na primeira rodada, o instrumento continha 13 itens relacionados ao cenário clínico simulado, distribuídos em quatro domínios de avaliação: clareza, abrangência, organização e pertinência. O Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) atingiu nota de corte com CVC global de 0,89. Porém, o Índice de Validade de Conteúdo por Item (IVC-*i*) variou de 0,66 a 1, com concordância em 7 itens e discordância em 6, distribuídos entre dois domínios para os itens relacionados ao título, conhecimento prévio do aprendiz, fundamentação teórica, objetivos de aprendizagem, descrição do cenário para o facilitador, recursos materiais, espaço físico, tempo estimado do cenário, intervenções e resultados esperados apresentaram valores inferiores a 0,90, limite mínimo previamente estabelecido para validação. No entanto, os especialistas sugeriram adequações para esses elementos, que foram integralmente incorporadas na versão final do cenário. Em relação à validade da escala, o S-IVC-Avc médio variou entre 85% e 99% nos diferentes domínios. O Índice de Concordância Geral atingiu 89,5% (Tabela 1).

Na segunda rodada, permaneceram os 13 itens do instrumento. Quanto aos domínios de avaliação, o IVC foi superior 0,91 em todos os itens, indicando concordância superior ou igual a 90% para permanência do item. No tocante a validade da escala, tanto o S-IVC-Avc médio variou de 96% a 99% quanto o Índice de Concordância Geral atingiu 90,6% (Tabela 1).

Tabela 1 – Validação dos especialistas (n=12) sobre os domínios: clareza, abrangência, organização e pertinência do cenário de simulação. Campo Grande, MS, Brasil, 2024.

	Técnica Delphi (1ª rodada)						Técnica Delphi (2ª rodada)					
	C	A	O	P	Global do Item		C	A	O	P	Global do Item	
	*IVC				<u>iTVC-i</u>	<u>iCVC-i</u>	*IVC				<u>iTVC-i</u>	<u>iCVC-i</u>
1. Título	0,66	1	0,83	1	0,87	0,87	1	1	1	1	1	0,9
2. Conhecimento prévio do aprendiz	0,66	1	0,83	1	0,87	0,86	1	1	1	1	1	0,9
3. Objetivos da aprendizagem	0,75	1	1	1	0,93	0,85	1	1	1	1	1	0,9
4. Descrição do cenário para o facilitador	0,83	0,91	1	0,91	0,91	0,85	1	0,91	1	0,91	0,95	0,85
5. Descrição do cenário para o aprendiz	0,91	1	1	1	0,97	0,9	0,91	1	1	1	0,97	0,9
6. Descrição do cenário para o ator	1	1	1	1	1	0,9	1	1	1	1	1	0,9
7. Caracterização	1	1	1	1	1	0,87	1	1	1	1	1	0,87
8. Recursos materiais, espaço físico, tempo estimado	0,83	0,91	0,91	1	0,91	0,87	0,91	0,91	0,91	1	0,93	0,9
9. Intervenções e resultados esperados	0,83	1	1	1	0,95	0,92	1	1	1	1	1	0,93
10. Checklist	0,91	1	1	1	0,97	0,9	0,91	1	1	1	0,97	0,9
11. Desenvolvimento	0,91	0,91	1	1	0,95	0,91	0,91	0,91	1	1	0,95	0,91
12. Debriefing	0,91	1	1	1	0,97	0,92	0,91	1	1	1	0,97	0,92
13. Avaliação	0,91	1	1	1	0,97	0,94	0,91	1	1	1	0,97	0,94
S-IVC Avc: Média do Índice de Validade de Conteúdo	0,85	0,98	0,96	0,99	0,91	0,89	0,96	0,98	0,99	0,99	0,98	0,98
Índice de Concordância Geral%	85,9	90,3	89,9	91,5	89,5		90,7	90,3	90	91,5	90,6	

*IVC: Índice de Validade de Conteúdo. iTVC-i: Índice de Validade de Conteúdo por Item. iCVC-i: Coeficiente de Validade de Conteúdo por Item.

Onze profissionais de enfermagem participaram do teste-piloto e avaliação do *design* do cenário. A amostra foi composta por cinco enfermeiros e seis técnicos de enfermagem, todos atuantes no serviço móvel de urgência (SAMU) da capital, sendo 91% com mais de 10 anos de experiência profissional, e predominantemente do sexo feminino (82%) conforme demonstra Figura 2.



Figura 2 – Teste-piloto com público-alvo do cenário simulado

Na avaliação, realizada por meio da Escala de *Design* de Simulação (EDS), todos os itens da escala obtiveram índices de concordância superiores a 70%, evidenciando níveis elevados de satisfação e autoconfiança no uso da simulação como método de ensino e aprendizagem. A análise estatística do coeficiente Alfa de *Cronbach* indicou alta consistência interna da escala, com um valor de 0,90, demonstrando sua confiabilidade. Considerando as respostas agrupadas por fatores, todos os participantes (n=11; 100%) avaliaram o cenário como adequado. Houve concordância total quanto à adequação dos fatores "Objetivos e Informações", "Apoio", "Resolução de Problemas" e "Feedback/Reflexão". Esses fatores foram amplamente bem avaliados, com pontuações de 4 ou 5 na escala Likert, sinalizando que foram atendidos de forma satisfatória durante a simulação.

O fator "Realismo", relacionado à semelhança do cenário com situações reais, apresentou um índice de concordância de 91%, reforçando a relevância e a credibilidade do cenário simulado como uma ferramenta pedagógica eficaz (figura 3)..

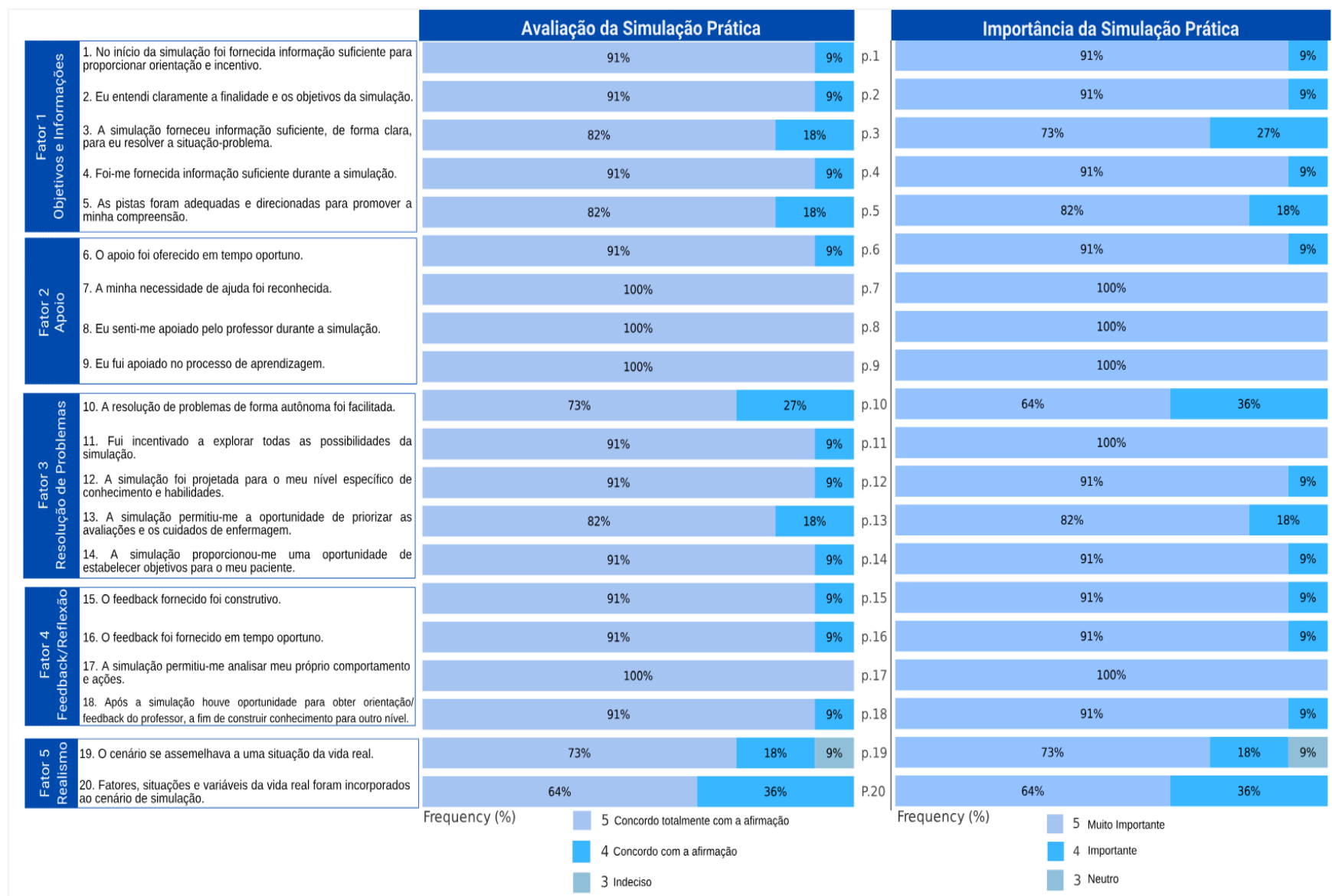


Figura 3: Validação do *design* do cenário pelo público-alvo

DISCUSSÃO

A presença da família durante o atendimento emergencial na pediatria é uma prática incentivada pelo Cuidado Centrado no Paciente e na Família (CCPF) ⁽¹⁾, trazendo benefícios como redução da ansiedade da criança e fortalecimento da comunicação entre equipe e familiares ⁽¹⁻³⁾. No entanto, a ausência de protocolos e treinamentos específicos resulta em condutas divergentes entre os profissionais ^(2,4). Programas educacionais voltados ao CCPF, com foco em comunicação e competências relacionais, concentram-se majoritariamente em ambientes hospitalares pediátricos ^(7,16,17).

A simulação destaca-se como uma ferramenta educacional promissora para abordar o ensino de conteúdos complexos na saúde ⁽²⁵⁾ e auxilia na superação de barreiras à presença familiar ⁽⁶⁾. A literatura aponta maior receptividade dos enfermeiros ⁽⁴⁾ e demonstra a necessidade de treinamentos que integrem cuidado físico e interação familiar em um ambiente de aprendizagem e reflexão para a equipe das ambulâncias ⁽¹¹⁾.

Essa modalidade permite prática deliberada e repetida, aprimorando habilidades técnicas e não técnicas, como comunicação e trabalho em equipe, em um ambiente seguro e controlado ^(15,25,26).

Sua eficácia depende de planejamento detalhado, cenários bem estruturados e facilitadores qualificados ⁽¹⁹⁾, além de rigor metodológico na construção e validação dos cenários para garantir sua efetividade ^(18,27).

A implementação do CCPF no APH ainda é pouco estudada, com escassez de pesquisas sobre o uso da simulação clínica nesse contexto. Os estudos existentes exploram metodologias de ensino do CCPF ⁽¹¹⁾ e os efeitos da presença familiar em emergências ⁽¹⁰⁾, mas com foco na aquisição de habilidades técnicas como manejo de crises convulsivas em pediatria ⁽²⁸⁾. Isso evidencia a necessidade de programas educacionais que preparem enfermeiros para incorporar essa abordagem no APH móvel ⁽¹²⁾, aliando competências técnicas e relacionais.

De cunho inédito, este estudo, desenvolveu-se e validou um cenário clínico simulado para capacitação da equipe de enfermagem no atendimento pré-hospitalar móvel, com enfoque na abordagem centrada na família durante emergências pediátricas.

O cenário construído seguiu critérios e recomendações estabelecidas para garantir uma estruturação sistemática e validação adequada ^(18,19). O primeiro passo consistiu em definir o objetivo de aprendizagem, resultando em um cenário de média fidelidade compatível com o nível de formação esperado. Para maior realismo, o ambiente simulado foi estruturado como um domicílio. Enquanto estudos anteriores desenvolveram simulações em contextos

hospitalares ^(6,16,17), este trabalho optou por um ambiente semelhante ao do APH móvel. O uso de um manequim como paciente e de uma atriz treinada para representar a familiar contribuiu para o realismo e proporcionou um ambiente seguro e adequado para a aprendizagem.

Para a construção do caso clínico centrado na família, foram considerados casos reais de emergências pediátricas realizados no APH móvel, destacando tanto os desafios técnicos e a necessidade de uma resposta ágil para prevenir agravamentos da hipoglicemia ⁽⁹⁾, quanto o desenvolvimento de habilidades comunicacionais. O objetivo foi promover um atendimento humanizado, com informações claras, decisão compartilhada e presença da família ^(13, 25, 29). Esses achados estão em consonância com um cenário simulado produzido ⁽²⁹⁾, que ressaltou o papel central do enfermeiro na comunicação de notícias difíceis, beneficiando pacientes, familiares e profissionais na tomada de decisões e no suporte emocional. Pesquisas internacionais indicam que a clareza na comunicação da equipe da ambulância melhora a experiência das famílias, enquanto falhas geram insatisfação especialmente em atendimentos com múltiplos socorristas ⁽¹⁰⁾. No Reino Unido, um estudo mostrou que familiares que presenciaram a reanimação no APH sentiram maior confiança na equipe e contribuíram para decisões clínicas ⁽¹³⁾.

A validação de cenários simulados tem sido amplamente utilizada na enfermagem, principalmente em situações emergenciais, como ressuscitação cardiopulmonar e comunicação de notícias difíceis ^(29,30). O cenário desenvolvido neste estudo obteve índices de validade superiores a 0,90, confirmando sua adequação e qualidade para os objetivos de aprendizagem. A participação de especialistas na validação assegurou o rigor metodológico e a fundamentação em evidências científicas ⁽²⁷⁾. O público-alvo também avaliou positivamente o cenário, com altos índices de concordância e confiabilidade (coeficiente α de *Cronbach* = 0,95 para a prática simulada e 0,91 para importância na aprendizagem), corroborando estudos sobre a eficácia da Escala de *Design* de Cenário (EDS) na avaliação de simulações ^(23, 29).

Este cenário simulado, pioneiro na abordagem centrada na família no APH móvel pediátrico, pode apoiar treinamentos multiprofissionais e contribuir para o desenvolvimento de protocolos institucionais. No entanto, algumas limitações devem ser consideradas, como a escassez de cenários validados sobre CCPF no APH móvel, dificuldades no recrutamento de especialistas, amostragem reduzida de profissionais de enfermagem e a exclusão de outros membros da equipe. Essas limitações ressaltam a necessidade de novos estudos para fortalecer a implementação da abordagem centrada no paciente e na família no APH móvel e ampliar sua aplicação na prática clínica.

CONCLUSÃO

Este estudo desenvolveu e validou um cenário simulado para o atendimento de emergência pediátrica no pré-hospitalar móvel, integrando a presença da família e orientando a conduta da equipe de enfermagem. A construção seguiu diretrizes especializadas e evidências científicas, resultando em um cenário validado por especialistas, com índice superior a 0,90, e testado por profissionais do SAMU, confirmando sua adequação aos objetivos de aprendizagem.

Os achados ressaltam que simulações bem-sucedidas requerem planejamento rigoroso, validação criteriosa e testagem prévia. O cenário desenvolvido, além de qualificar a equipe para manejar a presença familiar em emergências pediátricas, demonstrou potencial para reduzir o estresse dos profissionais e foi bem aceito pelos participantes. Essa abordagem pode contribuir para a implementação de políticas que fortaleçam o Cuidado Centrado na Família no APH móvel, impactando positivamente a experiência dos familiares e a humanização do atendimento.

REFERÊNCIAS

1. Institute for Patient- and Family-Centered Care. Advancing the practice of patient- and family-centered care in hospitals: How to Get Started. 2017. Bethesda: IPFCC; 2017 [cited 2023 Out 31]. Available from: https://www.ipfcc.org/resources/getting_started.pdf
2. Azak M, Aksucu G, Çağlar S. The effect of parental presence on pain levels of children during invasive procedures: a systematic review. *Pain Manag Nurs*. 2022;23(5):682-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2022.03.011>
3. Çimke S, Gürkan DY, Polat S. Research on family-centered care in pediatric patients: a bibliometric analysis. *J Pediatr Nurs*. 2024;76:199-206. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2024.02.017>
4. Expósito LV, Marañón AA, Tous MG, Zuriguel-Pérez E. Nurses' views on the presence of family members during invasive procedures in hospitalised children: a questionnaire survey. *J Clin Nurs*. 2024;33:3979–3990. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.17062>
5. Cruz JFM, Gomes JRZ, Barreto MS, Marcon SS. Presença da família durante o atendimento emergencial pré-hospitalar: percepção e vivência dos profissionais. *J. nurs. health*. 2019;9(2):e199210. doi: <https://doi.org/10.15210/jonah.v9i2.16189>
6. Schafer KM, Kremer MJ. Outcomes of simulation-based experiences related to family presence during resuscitation: a systematic review. *Clin Simul Nurs*. 2022;65:62-81. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2022.01.002>

7. Hodgson CR, Mehra R, Franck LS. Child and family outcomes and experiences related to family-centered care interventions for hospitalized pediatric patients: a systematic review. *Children*. 2024;11(8):949. doi: <https://doi.org/10.3390/children11080949>
8. Seniwati T, Wanda D, Nurhaeni N. Effects of patient and family-centered care on quality of care in pediatric patients: a systematic review. *Nurse Media J Nurs*. 2023;13(1):68-84. doi: <https://doi.org/10.14710/nmjn.v13i1.48114>
9. Chiumento S, Owusu-Ansah S. Medical Emergencies In: Fuchs S, McEvoy M, editors. *Pediatric Education for Prehospital Professionals*. 4th ed. American Academy of Pediatrics. Burlington: Jones & Bartlett Publishers; 2023. p. 111-36.
10. Satchell E, Carey M, Dicker B, Drake H, Gott M, Moeke-Maxwell T, *et al*. Family & bystander experiences of emergency ambulance services care: a scoping review. *BMC Emerg Med*. 2023;23:68. doi: <https://doi.org/10.1186/s12873-023-00829-3>
11. Satchell E, Anderson N, Gott M. Paramedicine research with family and bystanders: a methodological review. *J Sage Publishing*. 2024;21(5):223-33. doi: <https://doi.org/10.1177/27536386241255387>
12. Näsström M, Junehag L, Häggström M, Holmström-Rising M. An emotional journey when encountering children in prehospital care: experiences from ambulance nurses. *Int Emerg Nurs*. 2023;66:101239. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2022.101239>
13. Huxley C, Reeves E, Kearney J, Gardiner G, Eli K, Fothergill R, *et al*. Relatives' experiences of unsuccessful out-of-hospital cardiopulmonary resuscitation attempts: a qualitative analysis. *BMC Emerg Med*. 2024;24:208. doi: <https://doi.org/10.1186/s12873-024-01117-4>
14. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova na forma do Anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. *Diário Oficial União*. 2002 nov 12 [citado 2023 jun 05];502(219 Seção 1):32-54. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=32&data=12/11/2002>
15. O'Leary F. Simulation based education in paediatric resuscitation. *Paediatr Respir Rev*. 2024. doi: <https://doi.org/10.1016/j.prrv.2024.05.002>
16. Jeppesen E, Schmidt AA, Skjødt CK, Hybschmann J, Gjørde LK, Thestrup J, *et al*. Educational programmes for paediatric healthcare professionals in patient- and family-centred care. A scoping review. *Eur J Pediatr*. 2024;183:2015–2028. doi: <https://doi.org/10.1007/s00431-024-05455-0>
17. Fogaça KS, Marti GF, Queiroz-Cardoso AI, Almeida RGS Marques FRB, Marcheti MA. Clinical simulation training for first responders in pediatric emergencies with family interaction: a scoping review. *Rev Bras Enferm*. 2025;78(1):e20240218. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2024-0218>

18. International Nursing Association for Clinical Simulation. INACSL standards of best practice: simulation design. *Clin Simul Nurs*. 2016;12(5Suppl):S5-S12. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2016.09.005>
19. Fabri RP, Mazzo A, Martins JCA, Fonseca AS, Pedersoli CE, Miranda FBG, et al. Development of a theoretical-practical script for clinical simulation. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03218. doi: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016265103218>
20. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliando evidências para a prática da enfermagem. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.
21. Pasquali L. Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed; 2010.
22. Jasper MA. Expert: a discussion of the implications of the concept as used in nursing. *J Adv Nurse*. 1994;20(4):769-76. doi: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1994.20040769.x>
23. Rocco KMW, Pereira MGN, Barreto MS, Almeida CL, Martins EAP. Realistic simulation design scale in the primary prehospital trauma assessment by nursing technicians and ambulance drivers. *Contemp J*. 2024;4(10):1-23. doi: <https://doi.org/10.56083/RCV4N10-173>
24. Almeida RGS, Mazzo A, Martins JCA, Coutinho VRD, Jorge BM, Mendes IAC. Validation to Portuguese of the Debriefing Experience Scale. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(4):658-64. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690413i>
25. Schram A, Bonne NL, Henriksen TB, Paltved C, Hertel NT, Lindhard MS. Simulation-based team training for healthcare professionals in pediatric departments: study protocol for a nonrandomized controlled trial. *BMC Med Educ*. 2024;24:607. doi: <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05602-z>
26. Al-Oran H, Al-Sagarat A, Obeidat H. Family-centered care from the point of view of undergraduate nursing students studying in selected public universities: a cross-sectional study. *Health Scope*. 2024; 13(4): e145655. doi: <https://doi.org/10.5812/healthscope-145655>
27. Kaneko RMU, Monteiro I, Lopes MHB. Form for planning and elaborating high fidelity simulation scenarios: a validation study. *PLoS One*. 2022;17(9):e0274239. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274239>
28. Rayburn D, Faris GW, Ahmed RA, Falvo L, Bona A, Sarmiento EJ, et al. Utilizing simulation to improve pre-hospital medical care for paediatric seizure. *Int J Health Sci*. 2023;1-13. doi: <https://ijohs.com/article/doi/10.54531/ZOLA9724>
29. Flausino DA, Oliveira AR, Misko MD, Eduardo AHAE. Scenario for simulation training on the communication of hard news: a validation study. *Esc Anna Nery*. 2022;26:e20210037. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0037>

30. Dias AA, Costa YCN da, Tony ACC, Alvim ALS, Prado RT, Santos KB dos, et al. Construction and validation of a clinical scenario and checklist for assessing cardiopulmonary resuscitation skills. *Cogitare Enferm.* 2023;28:e92049. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/ce.v28i0.92049>

Considerações Finais

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado desenvolveu, validou e aplicou um cenário de simulação clínica voltado para o atendimento emergencial pediátrico no contexto pré-hospitalar móvel, integrando a abordagem do Cuidado Centrado no Paciente e na Família.

O mapeamento na literatura revelou que as simulações são eficazes para superar barreiras na interação dos profissionais com familiares de crianças durante o atendimento emergencial, permitindo aos profissionais adquirir confiança e aprimorar habilidades técnicas e comunicacionais em ambiente controlado. Contudo, a abordagem familiar ainda é secundária em treinamentos de emergências pediátricas comparados as capacitações técnicas. A maioria dos estudos se concentra em contextos hospitalares, evidenciando a escassez de treinamento e pesquisa voltados à inclusão das famílias no cuidado pré-hospitalar.

A construção e validação do cenário simulado abordaram diretamente essas lacunas, apresentando uma solução adaptada ao contexto do APH móvel brasileiro. O processo foi fundamentado em revisões de literatura e diretrizes internacionais, além de avaliações realizadas por especialistas e pelo público-alvo. Os resultados demonstraram que o cenário foi eficaz para desenvolver competências técnicas e não técnicas entre os profissionais de enfermagem, promovendo empatia, comunicação e acolhimento da família. A validação do cenário alcançou altos índices de concordância e confiabilidade, com Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) de 0,90 e Alfa de *Cronbach* de 0,90 na Escala de *Design* de Simulação (EDS).

Os resultados desta pesquisa têm implicações teóricas e práticas significativas para o campo da enfermagem e do atendimento pré-hospitalar móvel. Ao desenvolver um cenário de simulação validado com alto grau de confiabilidade, a dissertação contribui para o fortalecimento de programas de capacitação que integram competências técnicas e humanísticas, essenciais para o atendimento pediátrico em situações críticas.

A pesquisa desafia o foco predominante em treinamentos hospitalares, propondo soluções específicas para o APH móvel, onde a dinâmica do cuidado é singular e apresenta desafios adicionais. O cenário validado oferece um modelo replicável para treinamentos, contribuindo para a formação de equipes mais preparadas para lidar com as demandas técnicas e emocionais de emergências pediátricas. Além disso, a abordagem centrada no paciente e na família fortalece a participação ativa dos familiares no cuidado, promovendo maior satisfação e confiança no atendimento.

Esta dissertação inaugura novas possibilidades de pesquisa e desenvolvimento no campo da simulação clínica, incentivando a expansão de estudos em contextos diversos, especialmente em regiões onde os recursos são limitados. Além disso, espera-se que as descobertas inspirem a criação de protocolos que integrem a filosofia do CCPF de maneira mais abrangente, elevando a qualidade da assistência pediátrica em nível nacional e internacional.

Em síntese, os achados desta dissertação reafirmam a relevância da simulação clínica como ferramenta educativa e destacam a importância de capacitar profissionais para oferecer um cuidado mais humanizado, efetivo e seguro no atendimento pré-hospitalar móvel.

Referências

REFERÊNCIAS

- ABEBE, A. *et al.* Practice of pre-hospital emergency care and associated factors in Addis Ababa, Ethiopia: facility-based cross-sectional study design. **Open Access Emergency Medicine**, v. 15, p. 277–287, 2023. Available from: <https://doi.org/10.2147/oaem.s424814>. Access: 18 nov. 2024.
- AFZALI R. M. *et al.* Family presence during resuscitation. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 5, Art. No.: CD013619, 2023. Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013619.pub2>. Access: 1 nov. 2024.
- AGRA, G. *et al.* Analysis of the concept of Meaningful Learning in light of the Ausubel's Theory. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 1, p. 248-255, jul. 2019. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0691. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/GDNMjLJgvzSJktWd9fdDs3t/?lang=en>. Acesso em: 20 nov. 2023.
- AJEMBA, Chinweike Ikwe; IROANYA, Judith Chioma. Effectiveness of simulation-based training in medical education: Assessing the impact of simulation-based training on clinical skills acquisition and retention: A systematic review. **World Journal of Advanced Research and Reviews**, v. 21, n. 01, p. 1833–1843, 2024. Available from: <https://doi.org/10.30574/wjarr.2024.21.1.0163>. Access: 17 nov. 2024
- ALFARO-DÍAZ, C. *et al.* Effectiveness of nursing interventions for patients with cancer and their family members: A systematic review. **Journal of Family Nursing**, v. 28, n. 2, p. 95-114, 2022. Available from: <https://doi.org/10.1177/10748407211068816>. Access: 30 out. 2024.
- ALLANDE-CUSSÓ, R. *et al.* Understanding the nurse-patient relationship: A predictive approach to caring interaction. **Collegian**, v. 29, n. 5, p. 663–670, 2022. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2022.04.003>. Access: 18 nov. 2024.
- ALMEIDA, G. de O.; HINTON, J. E. Simulation and healthcare simulation. **Reference Module in Social Sciences, Elsevier**, 2024. Available from: <https://doi.org/10.1016/B978-0-443-13701-3.00304-2>. Access: 20 nov. 2024.
- ALMEIDA, R. G. S.; *et al.* Validação para a língua portuguesa da Student Satisfaction Self-Confidence in Learning. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 1007–1013, nov/dez. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0472.2643>. Acesso em: 05 jan. 2024.
- ALSAGOOR, H. S. Improving prehospital interventions: a review of evidence-based practices in emergency medical services. **Journal of Ecohumanism**, v. 3, n. 7, 2024. Available from: <https://doi.org/10.62754/joe.v3i7.4678>. Access: 18 nov. 2024.
- AMADOR, D. D. *et al.* Uso da narrativa como estratégia de sensibilização para o modelo do cuidado centrado na família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, p. 98-103, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.01.46346> Acesso em: 20 nov. 2023.

AMERICAN ASSOCIATION OF CRITICAL-CARE NURSES. **AACN Standards for Establishing and Sustaining Healthy Work Environments: A Journey to Excellence**. 2nd ed. Aliso Viejo: American Association of Critical-Care Nurses, 2016. Available from: <https://www.aacn.org/WD/HWE/Docs/HWEStandards.pdf>. Access: 16 nov. 2022.

AMERICAN NURSES ASSOCIATION. **Nursing: scope and standards of practice**. 4. ed. 2021. p. 1. Available from: <https://www.nursingworld.org/practice-policy/workforce/what-is-nursing/>. Access: 15 mar. 2023.

ANDRADE, L. O. *et al.* Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 161-172, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018231.24392015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZdzPMjFXMpcmzSZTJ5bSSyB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 nov. 2023.

ANJOS, M. S. dos; OLIVEIRA, S. S.; SANTA ROSA, D. O. Perspectivas de enfermeiras no cuidado em atendimento pré-hospitalar móvel. **Revista Baiana de Enfermagem**, 2016. DOI: 10.18471/rbe.v1i1.14442. Disponível em: https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/14442/pdf_36. Acesso em: 20 nov. 2023.

ARAÚJO, M. S. D. *et al.* Humanized care for critically ill patients in Urgent and Emergency care units. **International Seven Journal of Multidisciplinary**, v. 3, n. 2, 2024. Available from: <https://doi.org/10.56238/isevmjv3n2-009>. Access: 17 ago. 2023.

AUSUBEL, D. P. *A Aprendizagem Significativa: a teoria de David Ausubel*. São Paulo: Moraes, 1982.

AZMIN, A.; ABDULLAH, S.; RAHIMAN, W. Parametric assessment of communication protocol for evaluating the efficacy of real-time healthcare data transmission system. In: **2023 IEEE 13th International Conference on Control System, Computing and Engineering (ICCSCE)**, Penang, Malaysia, 2023. Anais [...]. IEEE, 2023. p. 62–67. Available from: <https://doi.org/10.1109/ICCSCE58721.2023.10237095>. Access: 18 nov. 2024.

BAPTISTA, R. C. S. *et al.* Simulação de alta-fidelidade no curso de enfermagem: ganhos percebidos pelos estudantes. **Revista de Enfermagem Referência**, n. 1, p. 135-144, 2014. DOI: [10.12707/RJII13169](https://doi.org/10.12707/RJII13169). Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/002711026>. Acesso em: 16 jul. 2023.

BARRETO, M. da S. *et al.* Atitude positiva dos enfermeiros face às famílias no cuidado de enfermagem: protocolo de scoping review. **Online Brazilian Journal of Nursing (Online)**, p. e20226524-e20226524, 2022. DOI:10.1111/jocn.16226. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jocn.16226>. Acesso em: 20 nov. 2023.

BARRETO, M. da S. *et al.* Presença familiar durante reanimação cardiopulmonar e procedimentos invasivos: uma metassíntese. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, p. e03435, 2019. DOI: 10.1590/S1980-220X2018001303435. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/LDxcHLxvkdKkRZPKWcBKxzq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 nov. 2023.

BARRIER, G. Les appels d'urgence au Samu. *Comptes Rendus de l'Académie des Sciences -*

Series III - **Sciences de la Vie**, v. 324, n. 7, p. 663–666, 2001. Available from: [https://doi.org/10.1016/s0764-4469\(01\)01334-8](https://doi.org/10.1016/s0764-4469(01)01334-8). Access: 18 nov. 2024.

BÄRTSCHI GABATZ, R. I. *et al.* Atualização dos profissionais e atuação do núcleo de educação permanente no serviço de urgência. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, v. 22, n. 3, p. 88–97, 27 abr. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.47456/rbps.v22i3.25889>. Acesso em: 6 ago. 2023.

BEESELEY, S. J.; BROWN, S. M. Family Involvement in ICU. Springer, p. 805–812, 2020. Available from: https://doi.org/10.1007/978-3-030-26710-0_108. Access: 17 ago. 2023

BEZERRA, C. E. A. *et al.* Metodologias ativas de ensino na graduação em saúde: revisão sistemática. **International Journal of Development Research**, v. 12, n. 07, p. 57517-57521, 2022. DOI: 10.37118/ijdr.24945.07.2022. Disponível em: <https://www.journalijdr.com/sites/default/files/issue-pdf/24945.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2023.

BEZERRA, C. E. A.; OLIVEIRA, G. A. L. Perception of patients of the Mobile Emergency Care Service about the care of the multidisciplinary team. **Revista de Enfermagem UFPI**, v. 8, n. 4, 2019. DOI: 10.26694/2238-7234.8455-61. Available from: <https://ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/8219>. Access: 10 set. 2023.

BHATTARAI, H. K. *et al.* Prehospital emergency care in low- and middle-income countries: a systematic review. **Prehospital and Disaster Medicine**, v. 38, n. 4, p. 495–512, 2023. Available from: <https://doi.org/10.1017/s1049023x23006088>. Access: 18 nov. 2024.

BIAS, C. G. S. Simulation in emergency nursing education: an integrative review. **Journal of Nursing Education and Practice**, v. 6, n. 12, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5430/jnep.v6n12p12>. Acesso: 10 set. 2023

BIDDINGER, P. D. *et al.* Prehospital care and emergency medical services. In: *An Introduction to Clinical Emergency Medicine: Guide for Practitioners in the Emergency Department*. Cambridge: Cambridge University Press, 2005. p. 117–130. Available from: <https://doi.org/10.1017/cbo9780511544811.009>. Access: 18 nov. 2024.

BLOMQUIST, M.; LASITER, S. Nurses' coping strategies during and after an adult in-hospital resuscitation attempt: A scoping study. **Journal of Clinical Nursing**, v. 31, p. 2437–2449, 2022. Available from: <https://doi.org/10.1111/jocn.16128>. Acesso em: 14 nov. 2024.

BOLASELL, L. T.; SILVA, C. S.; WENDLING, M. I. Resiliência familiar no tratamento de doenças crônicas em um hospital pediátrico: relato de três casos. **Pensando famílias**. Porto Alegre, v. 23, n. 2, p. 134-146. 2019. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2019000200011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 31 out. 2024.

BOMAR, P. J. **Promoting health in families: applying family research and theory to nursing practice**. Philadelphia: Saunders, 2004.

BOOYSEN, F.; BOTHA, F.; WOUTERS, E. Conceptual causal models of socioeconomic status, family structure, family functioning and their role in public health. **BMC Public**

Health, v. 21, p. 191, 2021. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10214-z>. Access: 23 nov. 2023.

BORDESSOULE, A. *et al.* In situ simulation training for parental presence during critical situations in PICU: an observational study. **European Journal of Pediatrics**, v. 181, n. 6, p. 2409-2414, 2022. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00431-022-04425-8> . Access: 20 nov. 2024.

BOUCETTA, N.; EL ALAOUI, M. Clinical simulation training for the adequate management of obstetrics emergencies: A narrative review. **Medwave**, v. 23, n. 10, e2712, 2023. Available from: <http://dx.doi.org/10.5867/medwave.2023.10.2712> . Access: 10 jan. 2024.

BRAINE, M. E.; WRAY, J. **Supporting families and carers: A nursing perspective**. 1. ed. Routledge, 2016. Available from: <https://doi.org/10.4324/9781315381701> . Access: 23 nov. 2023.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n. 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorra o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF: COFEN, 15 out. 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 7 mar. 2023.

BRASIL. Lei n. ° 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras disposições. Brasília, DF, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 20 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria n. 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.010, de 21 de maio de 2012. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Diário da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Imprensa Oficial, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 3.194, de 28 de novembro de 2017. Dispõe sobre o programa para o fortalecimento das práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde – PRO EPS SUS. Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. ° 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília, DF, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 3 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde e Vigilância Sanitária. Acidentes na infância: 90%

podem ser evitados com medidas simples de prevenção. Brasília, DF, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/agosto/acidentes-na-infancia-90-podem-ser-evitados-com-medidas-simples-de-prevencao> . Acesso em: 20 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde e Vigilância Sanitária. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Portaria MS/GM n.º 737, de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília, DF, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reducao_morbimortalidade_acidentes_2e_d.pdf. Acesso em: 20 nov. 2023.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Evaluating and reviewing TA research: A checklist for editors and reviewers. **Auckland: The University of Auckland**, 2017. Available from: <https://cdn.auckland.ac.nz/assets/psych/about/our-research/documents/TA%20website%20update%2010.8.17%20review%20checklist.pdf>. Access: 10 out. 2023.

BRUTON, L.; SPEWAK, M. Using simulation to teach paediatric complex care. **Clin Teach**, v. 21, n. 2, e13678, 2024. Available from: <https://doi.org/10.1111/tct.13678>. Access: 07 set. 2024.

CARLI, P.; LEJAY, M.; ORLIAGUET, G. The role of emergency medical services in mass casualties. In: VINCENT, J. L. (Ed.). **Yearbook of Intensive Care and Emergency Medicine**. Yearbook of Intensive Care and Emergency Medicine, v. 1996. Berlin, Heidelberg: Springer, 1996. Available from: https://doi.org/10.1007/978-3-642-80053-5_63 . Access: 18 nov. 2024.

CARVALHO, V. L. da S.; CLEMENTINO, V. de Q.; PINHO, L. M. de O. Educação em saúde nas páginas da REBEn no período de 1995 a 2005. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 2, p. 243–248, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000200016>. Acesso em: 28 jul. 2023.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161–177, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/w7pbpHnBy9LvWMPZpVzJkyb/?lang=pt> . Acesso em: 1 set. 2023.

CHAKRAVARTHY, B. *et al.* Simulation in Medical School Education: Review for Emergency Medicine. **Western Journal of Emergency Medicine**, v. 12, n. 4, p. 461–466, 2011. Available from: <https://doi.org/10.5811/westjem.2010.10.1909>. Access: 09 ago. 2023.

CHUKWUKA, Elendu; AMAECHE, Dependable C.; OKATTA, Alexander U.; AMAECHE, Emmanuel C.; ELENDU, Tochi C.; EZEH, Chiamaka P.; ELENDU, Ijeoma D. The impact of simulation-based training in medical education: A review. **Medicine**, v. 103, n. 27, p. e38813–e38813, 2024. Available from: <https://doi.org/10.1097/md.00000000000038813> . Access: 17 nov. 2024.

CIESLAK, G. Interfaces da presença familiar no tratamento da criança gravemente enferma. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/REAS.e6314.2021> . Acesso em: 14 nov. 2024.

ÇIMKE, S.; GÜRKAN, D. Y.; POLAT, S. Research on Family-Centered Care in pediatric patients: A bibliometric analysis. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 76, p. 199-206, 2024. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2024.02.017>. Access: 14 nov. 2024.

COSTA, C. K. F. *et al.* Educação permanente em saúde e modelo assistencial: correlações no cotidiano do serviço na Atenção Primária à Saúde. **APS em Revista**, v. 1, n. 2, p. 132-140, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/aps.v1i2.28>. Acesso em: 6 ago. 2023

COSTA, R. R. de O. *et al.* Laboratório de habilidades e simulação clínica em época de Covid-19: possibilidades e recomendações práticas. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, Brasil, v. 54, n. 1, p. e177075, 2021. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2021.177075. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/177075>. Acesso em: 09 ago. 2023.

COYNE, I. Families and health-care professionals' perspectives and expectations of family-centered care: hidden expectations and unclear roles. **Health Expectations**, v. 18, n. 5, p. 796-808, 2015. Available from: <https://doi.org/10.1111/HEX.12104>. Access: 23 nov. 2023.

CRUZ, A. C.; ANGELO, M. Cuidado centrado na família em pediatria: redefinindo os relacionamentos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 10, n. 4, p. 261-265, 2011. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v10i4.18333. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18333>. Acesso em: 15 set. 2023.

CRAIG, S. J. *et al.* Simulation strategies to increase nursing student clinical competence in safe medication administration practices: A quasi-experimental study. **Nurse Education Today**, v. 96, p. 104605, 2021. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104605>. Access: 18 nov. 2024.

CRUZ, A. C.; PEDREIRA, M. L. G. Cuidado Centrado no Paciente e na Família e Segurança do Paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 6, p. e20190672, 2020. DOI: 10.1590/0034-7167-2019-0672. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/mk8PrbvG7bZ696PkRBvHXcK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 set. 2023.

CRUZ, J. F. M. da. *et al.* Presença da família durante o atendimento emergencial pré-hospitalar: percepção e vivência dos profissionais. **Journal of Nursing and Health**, v. 9, n. 2, 2019. DOI: 10.15210/jonah.v9i2.16189. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/16189>. Acesso em: 10 set. 2023.

DAINTY, K. N. International Liaison Committee on Resuscitation's (ILCOR) Pediatric Task Force. Family presence during resuscitation in paediatric and neonatal cardiac arrest: A systematic review. **Resuscitation**, v. 162, p. 20-34. 2021. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.01.017> Access: 13 mar. 2023.

D'ANTONIO, P. *et al.* Histories of nursing: the power and the possibilities. **Nursing Outlook**, v. 58, n. 4, p. 207-213. 2010. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2010.04.005> Access: 23 nov. 2023.

DARROZ, L. M. Aprendizagem significativa: a teoria de David Ausubel. **Revista Espaço Pedagógico**, [S.l.], v. 25, n. 2, p. 576-580, 2018. DOI: 10.5335/rep. v25i2.8180. Disponível em: <https://seer.upf.br/index.php/rep/article/view/8180> . Acesso em: 10 ago. 2023.

DAVIDSON, J. E. *et al.* Guidelines for family-centered care in the neonatal, pediatric, and adult ICU. **Critical Care Medicine**, v. 45, n. 1, p. 103-128, 2017. DOI: 10.1097/CCM.0000000000002169. Available from: https://journals.lww.com/ccmjournal/fulltext/2017/01000/guidelines_for_family_centered_care_in_the.12.aspx . Access: 10 ago. 2023.

DEERING, M.; BAL, D. 10 Crucial Soft Skills for Nurses. **NurseJournal**. 2023. Available from: <https://nursejournal.org/resources/soft-skills-for-successful-nurses/> . Access: 31 out. 2024.

DIAS, E. G. Entrevista com o Prof. MSc. Ernandes Gonçalves Dias. **Revista Sustinere**, [S.l.], v. 8, n. 2, p. 607–610, 2020. DOI: 10.12957/sustinere.2020.56336. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/sustinere/article/view/56336>. Acesso em: 09 jul. 2023.

DIAS, E. G.; MISHIMA, S. M. Análise temática de dados qualitativos: uma proposta prática para efetivação. **Revista Sustinere**, [S.l.], v. 11, n. 1, p. 402–411, 2023. DOI: 10.12957/sustinere.2023.71828. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/sustinere/article/view/71828> . Acesso em: 09 jul. 2023.

DIETRICH, A. M. Family presence during pediatric resuscitations and invasive procedures. **Pediatric Emergency Medicine Reports**, **Relias Media**. 2014. Available from: <https://www.reliasmedia.com/articles/31361-family-presence-during-pediatric-resuscitations-and-invasive-procedures>. Acesso em: 1 nov. 2023.

DISTLER, R. R. Contribuições de David Ausubel para uma intervenção psicopedagógica. **Revista Psicopedagogia**, v. 32, n. 98, p. 191-199, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010384862015000200009&lng=pt&nrm=iso . Acesso em: 30 mar. 2024.

DORNELES, L. L. *et al.* Desenvolvimento de infográfico animado sobre Educação Permanente em Saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, p. e3311, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/X4HYbshSG6ysThhLr6fWpXX> . Acesso em: 7 mar. 2023.

DOUMA, M. J. *et al.* What are the care needs of families experiencing sudden cardiac arrest? A survivor- and family-performed systematic review, qualitative meta-synthesis, and clinical practice recommendations. **Journal of Emergency Nursing**, 2023. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jen.2023.07.001>. Access: 10 nov. 2024.

DOYLE C. J. Family participation during resuscitation: An option. **Annals of Emergency Medicine**. v. 16, n. 6, p. 673-675, 1987. Available from: [https://doi.org/10.1016/s0196-0644\(87\)80069-0](https://doi.org/10.1016/s0196-0644(87)80069-0) . Access: 23 nov. 2023.

DUCATTI, M. R. C. Educação permanente: desafios e reestruturação de uma prática. **Revista Recien**, [s.l.], v. 12, n. 40, p. 45–52, 2022. DOI:10.24276/rrecien2022.12.40.45-52.

Disponível em: <http://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/707>. Acesso em: 28 jul. 2023.

DUTRA, G. G. *et al.* Núcleo de educação permanente regional no serviço de atendimento de urgência: percepção de enfermeiros. **Cuadernos de Educación y Desarrollo**, [s.l.], v. 16, n. 3, p. e3552, 2024. DOI: 10.55905/cuadv16n3-018. Disponível em: <https://ojs.cuadernoseducacion.com/ojs/index.php/ced/article/view/3552>. Acesso em: 19 nov. 2024.

EALES, O. O.; KRUGER, A. Development of practical emergency simulation training in primary health care: Lessons learnt. **Afr J Prm Health Care Fam Med**, v. 16, n. 1, a4404, 2024. Available from: <https://doi.org/10.4102/phcfm.v16i1.4404>. Access: 08 set. 2024.

EXPÓSITO, L. V. *et al.* Nurses' views on the presence of family members during invasive procedures in hospitalised children: A questionnaire survey. **Journal of Clinical Nursing**, v. 33, p. 3979–3990, 2024. Available from: <https://doi.org/10.1111/jocn.17062>. Access: 18 nov. 2024.

FABRI, R. P. *et al.* Development of a theoretical-practical script for clinical simulation. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, p. e03218, 2017. DOI: 10.1590/S1980-220X2016265103218. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reensp/a/BQr7hRjtgCwF3c9BsDR7Wtq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 nov. 2023.

FARIAS, A. J. O. A psicologia educacional da aprendizagem significativa aplicada a programação escolar. **Psicologia & Saberes**, v. 7, n. 8, p.20-40, 2018. DOI: 10.3333/ps.v7i8.772. Disponível em: <https://revistas.cesmac.edu.br/psicologia/article/view/772/643>. Acesso em: 10 nov. 2023.

FERREIRA, C. G. A. *et al.* Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures in children. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 107–113. 2014. DOI: 10.1590/S0103-05822014000100017. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4182989/pdf/0103-0582-rpp-32-01-00107.pdf>. Access: 10 jun. 2023.

FERREIRA, L. *et al.* Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**, [online], v. 43, n. 120, p. 223–239, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>. Acesso em: 20 out. 2023.

FILHO, A. M. de A. The family as a democratic practice: a dialogue with Karl Popper's thinking. **Revista Jurídica Portucalense**, [S. l.], n. 27, p. 3–23, 2020. Available from: <https://revistas.rcaap.pt/juridica/article/view/19935>. Access: 31 out. 2024.

FONSECA, A. S.; REIS, F.; MELARAGNO, A. L. P. Habilidades para as melhores práticas clínicas. In: MELARAGNO, A. L. P. *et al.* (Org.). **Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF: Editora ABen, 2023. p. 37-46. DOI: 10.51234/aben.23.e25.c04. Disponível em: <https://publicacoes.abennacional.org.br/wp-content/uploads/2023/12/e25-ed-permanente-cap4.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2023.

FRADE, J. M.; HENRIQUES, C. M.; FRADE, M. F. A integração da família nos cuidados de

- enfermagem: perspectiva de enfermeiros e estudantes de enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 5, n. 7, e20158, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RV20158> . Acesso em: 23 ago. 2023.
- FRANÇA, T.; *et al.* Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1817–1828, jun. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232017002601817&lng=en&nrm=isso. Acesso em: 10 jun. 2024.
- FRANZON, J. C.; *et al.* Implicações da prática clínica em atividades simuladas: satisfação e autoconfiança dos estudantes. **REME – Rev Min Enferm.**, v. 24, p. e-1274, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20200003>. Acesso em: 10 jun. 2023.
- FREIRE, P. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a Pedagogia do oprimido**. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.
- FRIEDMAN, M. M.; BOWDEN, V. R.; JONES, E. G. **Family nursing: research, theory, and practice**. 5. ed. New Jersey: Pearson Education Inc., 2003.
- FRIEDMAN, N. *et al.* **Prehospital Pediatric Emergency Training Using Augmented Reality Simulation: A Prospective, Mixed Methods Study**. **Prehospital Emergency Care**, v. 28, n. 2, p. 271–281, 2023. Available from: <https://doi.org/10.1080/10903127.2023.2224876>. Access: 18 nov. 2024.
- GABA, D. M. The future vision of simulation in health care. **BMJ Quality and Safety in Health Care**, v.13, n. 1, p. 2-10, 2004. DOI: 10.1136/qshc.2004.009878. Available from: https://qualitysafety.bmj.com/content/13/suppl_1/i2. Access: 10 jun. 2023.
- GHISI, G. C. *et al.* Perfil epidemiológico das internações por acidentes domiciliares em um hospital pediátrico da região sul do Brasil. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, [S. l.], v. 47, n. 4, p. 29–38, 2018. Disponível em: <https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/344>. Acesso em: 10 nov. 2022.
- GOMES, W. D.; RESCK, Z. M. R. A percepção dos cuidadores domiciliares no cuidado a clientes com sequelas neurológicas. **Revista Enfermagem UERJ**, v.17, n. 4, p. 496-501, 2009. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reuerj/v17n4/v17n4a07.pdf> Acesso em: 30 mar. 2024.
- GRØNLUND, I. R. *et al.* Relatives' influence on the treatment of acutely critically ill patients in prehospital emergency medicine: a qualitative study of healthcare professionals' experiences and attitudes. **British Journal of Anaesthesia**, v. 131, n. 6, p. 1014–1021, 2023. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.bja.2023.08.002> . Access: 31 out. 2024.
- GUTYSZ-WOJNICKA, A. *et al.* Family presence during resuscitation – The experiences and views of Polish nurses. **Intensive & Critical Care Nursing**, v. 46, p. 44-50, 2018. DOI: 10.1016/j.iccn.2018.02.002. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S096433971730143X?via%3Dihub>. Access: 19 jun. 2023.

- GUZZETTA, C. Family presence during resuscitation and invasive procedures. **Critical Care Nurse**, v. 37, n. 1, p. e11-e14, 2017. DOI:10.4037/ccn2016980. Available from: <https://aacnjournals.org/ccnonline/article/36/1/e11/3525/Family-Presence-During-Resuscitation-and-Invasive>. Access: 11 jun. 2023.
- HALM, M. A. *et al.* Facilitating Family Presence During Resuscitation and Invasive Procedures Throughout the Life Span. **Crit Care Nurse**, v. 44, n. 2, p. e1–e13, 2024. DOI: <https://doi.org/10.4037/ccn2023733> Available from: <https://aacnjournals.org/ccnonline/article/44/2/e1/32253/Facilitating-Family-Presence-During-Resuscitation> Access: 10 jun. 2023.
- HASHAVYA, S. *et al.* The impact of parental presence on invasive procedures in the pediatric emergency department: A prospective study. **Journals of Clinical Medicine**, v. 12, n. 17, p. 5527, 2023. DOI: 10.3390/jcm12175527. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2077-0383/12/17/5527>. Access: 10 out. 2023.
- HAYAKAWA, L. Y.; MARCON, S. S.; HIGARASHI, I. H. Alterações familiares decorrentes da internação de um filho em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 2, p. 175-182, 2009. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/7215/6673>. Acesso em: 10 jun. 2023.
- HAYNES, S. N.; RICHARD, D. C. S.; KUBANY, E. S. Content validity in psychological assessment: A functional approach to concepts and methods. **Psychological assessment**, v. 7, n. 3, p. 238, 1995. DOI:10.1037/1040-3590.7.3.238. Available from: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F1040-3590.7.3.238>. Access: 10 out. 2023.
- HERNÁNDEZ-NIETO, R. A. Contributions to statistical analysis. Mérida: Universidad de Los Andes, 2002.
- HENGVELD, B. *et al.* Nursing competencies for family-centred care in the hospital setting: A multinational Q-methodology study. **Journal of Advanced Nursing**, v. 77, p. 1783–1799, 2021. Available from: <https://doi.org/10.1111/jan.14719>. Access: 23 nov. 2023.
- HENRIQUES, C. M. G.; SANTOS, E. J. J. Avaliação familiar e processo de enfermagem: programa de desenvolvimento de competências. **Revista de Enfermagem Referência**, v. IV, n. 23, 2019. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388262389004>. DOI: 10.12707/RIV19077. Acesso em: 23 ago. 2023.
- HODGSON, C. R.; MEHRA, R.; FRANCK, L. S. Child and family outcomes and experiences related to family-centered care interventions for hospitalized pediatric patients: a systematic review. **Children**, v. 11, p. 949, 2024. Available from: <https://doi.org/10.3390/children11080949> . Acesso em: 23 ago. 2023.
- HOQ, R. Family-based crisis intervention in the emergency department. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 62, n. 10, p. S116, 2023. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2023.07.516> Access: 31 out. 2024.
- INACSL Standards Committee, McDermott, D.S., Ludlow, J., Horsley, E., & Meakim, C. (2021, setembro). Healthcare Simulation Standards of Best Practice™ Prebriefing:

Preparation and Briefing. **Clinical Simulation in Nursing**, v. 58, pág. 9-13. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.008>. Access 09 abr. 2023.

Institute For Family-Centered Care. Partnering with patients and families to design a patient- and family-centered health care system: recommendations and promising practices. 2008. Available from: <https://www.ipfcc.org/resources/PartneringwithPatientsandFamilies.pdf> Access:: 05 jul. 2023.

International Council of Nurses. **Definition of nursing**. 2024. Available from: <http://www.icn.ch/about-icn/icn-definition-of-nursing/>. Access:15 mar. 2023.

JARVILL, M. *et al.* **Effect of simulation on nursing students' medication administration competence**. **Clinical Simulation in Nursing**, v. X, p. 1–5, 2017. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2017.08.001>. Access: 18 nov. 2024.

JASPER, M. A. Expert: a discussion of the implications of the concept as used in nursing. **Journal of Advanced Nursing**, v. 20, n. 4, p. 769-776, 1994. Available from: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1994.20040769.x>. Access: 20 nov. 2023

JAZIEH, A. R. *et al.* Involving the family in patient care: a culturally tailored communication model. **Journal of Quality in Supportive Housing**, v. 1, n. 2, p. 33–37, 2018. Available from: https://doi.org/10.4103/JQSH.JQSH_3_18 . Access: 18 nov. 2024.

JEFFRIES, P. R. Simulation in nursing education: from conceptualization to evaluation. New York: **National League for Nursing**; 2007.

JOANNA BRIGGS INSTITUTE. The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2020: Methodology for JBI Scoping Reviews. Adelaide: **JB**I; 2020. Available from: <https://wiki.jbi.global/display/MANUAL> . Access from: 20 mar. 2023.

JOHNSON, B. H.; ABRAHAM, M. R. Partnering with patients, residents, and families—A resource for leaders of hospitals, ambulatory care settings, and long-term care communities. Bethesda, MD: **Institute for Patient- and Family-Centered Care**, 2012. Available from: <https://www.ipfcc.org/resources/PartneringwithPatientsandFamilies.pdf> Access: 31 out. 2023

JOHNSON, M. A. Family centered care – It's necessity in pediatric nursing care. **Journal of BioMed Research and Reports**, BioRes Scientia Publishers, v. 2, n. 6, p. 1-3, 2023. Available from: <https://doi.org/10.59657/2837-4681.brs.23.039> . Access:31 out. 2023.

JOLLEY, J.; SHIELDS, L. The evolution of family-centered care. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 24, n. 2, p. 164-170, 2009. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2008.03.010> Access:15 mar. 2023.

JUNG, S. Y.; KIM, E. Y. Development and Effectiveness of Progressive Simulation Education Program on Medication Safety for Nursing Students. **Journal of Korean Academy of Nursing**, v. 54, n. 4, p. 563–576, 2024. Available from: <https://doi.org/10.4040/jkan.24054>. Access: 18 nov. 2024.

KALIDINDI, S.; KIRK, M.; GRIFFITH, E. In-situ simulation enhances emergency preparedness in pediatric care practices. *Cureus*, v. 10, n. 10, 2018. Available from: <https://doi.org/10.7759/cureus.3389>. Access: 07 jun. 2023.

KASSAM-ADAMS, N. *et al.* Trauma-informed and family-centered paediatric resuscitation: Defining domains and practices. **Resuscitation Plus**, v. 14, 100374, 2023. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.resplu.2023.100374>. Access: 14 nov. 2024.

KAWATA, L. S. *et al.* Os desempenhos da enfermeira na saúde da família: construindo competência para o cuidado. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 961–970, 2013. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000400012> Access: 15 mar. 2023.

KHALIL, A. I.; HANTIRA, N. Y.; ALNAJJAR, H. A. The effect of simulation training on enhancing nursing students' perceptions to incorporate patients' families into treatment plans: a randomized experimental study. *Cureus*, v. 15, n. 8, 2023. Available from: <https://doi.org/10.7759/cureus.44152>. Access: 07 jun. 2024.

KHOLIFAH, S. N.; NURSALAM, M. N.; MERRUANA, A.; AHSAN, B. N.; TANTUT, S. Structural model for public health nurses' performance in the implementation of family nursing based on nursing relational capital. **International Journal of Caring Sciences**, v. 11, n. 2, p. 914-926, 2018. Available from: http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/33_1-susanto_original_10_2.pdf. Access: 23 nov. 2023.

KILL, C.; BETZ, S.; BÖSL, E. Syncope in pre-hospital emergency medicine. **Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin**, v. 115, n. 2, p. 88–93, 2018. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00063-018-0458-2>. Acesso em: 18 nov. 2024.

LANDA-RAMIREZ, E. *et al.* Breaking bad news in the emergency room: Suggestions and future challenges. **Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social**, v. 55, n. 6, p. 736-747, 2017. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im176j.pdf>. Access: 07 jun. 2023.

LANSIAUX, E. *et al.* Scoop and treat: from an historical controversy to the emergency future. **Frontiers in Disaster and Emergency Medicine**, v. 2, p. 1340348, 2024. Available from: <https://doi.org/10.3389/femer.2024.1340348>. Access: 18 nov. 2024.

LEININGER, M. Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. **Journal of Transcultural Nursing**, v. 13, n. 3, p. 189-192, 2002. Available from: <https://doi.org/10.1177/10459602013003005>. Access: 15 mar. 2023.

LIMA, S. F. *et al.* Conhecimentos básicos para estruturação do treinamento de habilidades e da elaboração das estações simuladas. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. **Simulação em saúde para ensino e avaliação: conceitos e práticas**. São Carlos: Cubo Multimídia, 2021. Disponível em: <https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2022/03/LIVRO-Simulacao-em-saude-para-ensino-e-avaliacao.pdf>. Acesso em: 10 out. 2023.

LINDSAY, T.; SOGHOIAN, S. O21 In-situ simulation to facilitate transition to a new

emergency department facility in Ghana. **BMJ Simulation and Technology Enhanced Learning**, v. 3, 2017. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjstel-2017-aspihconf.43> . Access: 11 nov. 2023.

LINS, A. L. R. *et al.* Necesidades de cuidado dentro del hospital del cuidador de personas con cáncer. **Revista Cuidarte**, v. 12, n. 2, 2021. Available from: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1231>. Access: 18 nov. 2024.

LIPPERT, F. K. *et al.* European Resuscitation Council guidelines for resuscitation 2010: Section 10. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. **Resuscitation**, v. 81, n. 10, p. 1445–1451, 2010. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2010.08.013>. Access: 18 nov. 2024.

LOYACONO, Tr. Family-centered prehospital care. **Emergency Medical Services**, v. 30, n. 6, p. 64–83, 2001.

LUTCHEMBER, M. N.; PIRES, D. E. P. Nurses from the Mobile Emergency Service: profile and developed activities. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 2, p. 194–2016. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690202i> . Access: 07 jun. 2023

LUTTIK, M. L. Family nursing: The family as the unit of research and care. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 19, n. 8, p. 660–662, 2020. Available from: <https://doi.org/10.1177/1474515120959877> . Access: 30 out. 2023.

MALFUSSI, L. B. H. de; *et al.* Simulação in situ na educação permanente da equipe de enfermagem intensivista. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 30, 2021 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0130>. Acesso em: 09 ago. 2023.

MANDELBAUM, M. H. S. *et al.* Glossário Educação em Saúde. In: MELARAGNO, A. L. P.; FONSECA, A.S.; ASSONI, M. A. S., MANDELBAUM, M. H. S. organizadoras. Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: **Editora ABen**; 2023. p. 6-18. Disponível em: <https://publicacoes.abennacional.org.br/wp-content/uploads/2023/12/e25-ed-permanente-cap1.pdf> . Acesso em: 05 jan. 2024.

MARCHETI, M. A; MANDETTA, M. A. Cartas terapêuticas: uma intervenção eficaz com famílias de crianças com deficiência. **Revista Pesquisa Qualitativa**, [S. l.], v. 4, n. 6, p. 408–422, 2016. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/64>. Acesso em: 31 out. 2023.

MARQUES, J. B. V.; FREITAS, D. DE. Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. **Pro-Posições**, v. 29, n. 2, p. 389–415, maio 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pp/a/MGG8gKTQGhrH7czngNFQ5ZL/abstract/?lang=pt#> Acesso em: 20 mar.2023.

MARTINS, J. C. A.; *et al.* A experiência clínica simulada no ensino de enfermagem: retrospectiva histórica. **Acta Paul Enferm.**, v. 25, n. 4, p. 619–625, abr. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000400022> Acesso em: 05 set. 2022.

MARTINS, M. M.; FERNANDES, C. S.; GONÇALVES, L. H. T. A família como foco dos cuidados de enfermagem em meio hospitalar: um programa educativo. **Revista Brasileira de**

Enfermagem, v. 65, n. 4, p. 685–690, jul. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000400020> Acesso: 10 mar. 2023.

MARTINS, P. P. S.; PRADO, M. L. DO . Enfermagem e serviço de atendimento pré-hospitalar: descaminhos e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 56, n. 1, p. 71–75, jan. 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672003000100015>. Acesso em: 18 nov. 2024.

MASA'DEH, R. *et al.* Families' stressors and needs at time of cardio-pulmonary resuscitation: a Jordanian perspective. **Global journal of health science**, v. 6, n. 2, p. 72, 2014. DOI: 10.5539/gjhs.v6n2p72 . Available from: <https://www.ccsenet.org/journal/index.php/gjhs/article/view/28909>. Access: 05 set. 2023.

MASINI, E. F. S. Aprendizagem Significativa: condições para ocorrência e lacunas que levam a comprometimentos. Aprendizagem Significativa em Revista/ Meaningful Learning Review, v.1, p. 16-24, 2011. Disponível em: https://www.if.ufrgs.br/asr/artigos/Artigo_ID2/v1_n1_a2011.pdf . Acesso em: 10 ago.2023.

MASON, T. *et al.* PP14 GP Sim- Primary care emergency simulations in-situ for clinical and non-clinical staff. A years experience. **BMJ Simulation and Technology Enhanced Learning**, v. 6, supl. 1, p. A21.1-A21, 2020. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjstel-2020-aspihconf.33> . Access: 02 fev. 2023.

MASTORAS, G. *et al.* Stress testing the resuscitation room: Latent threats to patient safety identified during interprofessional in situ simulation in a Canadian Academic Emergency Department. **AEM Education and Training**, v. 00, p. 1-8, 2019. DOI: 10.1002/aet2.10422. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/aet2.10422>. Acesso em: 07 jun. 2023.

MAZZO, A.; *et al.* Simulação: conceitos básicos. In: NETO, A. S.; FONSECA, A. S.; BRANDÃO, C. F. S. **Simulação realística e habilidades na saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. Disponível em: <https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2022/03/LIVRO-Simulacao-em-saude-para-ensino-e-avaliacao.pdf> Acesso em: 05 set. 2022.

McALVIN, S. S.; CAREW-LYONS, A. Family presence during resuscitation and invasive procedures in pediatric critical care: a systematic review. **American Journal of Critical Care**, v. 23, n. 6, p. 477-485, 2014. DOI: 10.4037/ajcc2014922. Available from: <https://aacnjournals.org/ajconline/article-abstract/23/6/477/3996/Family-Presence-During-Resuscitation-and-Invasive?redirectedFrom=fulltext> . Access:10 ago. 2023.

MCCARTHY, J.; PATEL, A. P.; SPAIN, A. E. Pre-hospital care: emergency medical services. In: PAIGE, J.; SONES, S.; GARBEE, D.; BONANNO, L. (Eds.). **Comprehensive Healthcare Simulation: InterProfessional Team Training and Simulation**. Cham: Springer, 2020. Available from: https://doi.org/10.1007/978-3-030-28845-7_19 . Access: 18 nov. 2024.

McKENNA, L.; SHIMOINABA, K.; COPNELL, B. Family-centered care and pediatric death in the emergency department: A qualitative study using framework analysis. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 64, p. 18-23, 2022. DOI: 10.1016/j.pedn.2022.01.013. Available from:

[https://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963\(22\)00024-0/abstract](https://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963(22)00024-0/abstract) . Access: 07 jun. 2023

MEKITARIAN, F. F. P.; ANGELO, M. Presença da família em sala de emergência pediátrica: opiniões dos profissionais de saúde. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 33, n. 4, p. 460-466, 2015. DOI: 10.1016/j.rpped.2015.03.010. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0103058215000908>. Acesso em: 17 set. 2022.

MELEIS, A. I. **Theoretical nursing: development and progress**. 5. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2012.

MELO, W. S. de *et al.* Guide of attributes of the nurse's political competence: a methodological study. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 3, p. 526–534, 2017. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0483. Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/yS4P7CcCGqRNVbz8bgXjj4J/#> . Access: 17 set. 2022.

MENDES, L. A. M.; GUARESCHI, A. P. D. F. Presença da família da criança nas situações de emergência e procedimentos invasivos: revisão integrativa. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, v. 18, n. 2, p. 96-102, 2018. DOI: 10.31508/1676-3793201800015. Disponível em: https://journal.sobep.org.br/wp-content/uploads/articles_xml/2238-202X-sobep-18-2-0096/2238-202X-sobep-18-2-0096.x93093.pdf. Acesso em: 17 set. 2022.

MENTZELOPOULOS, S. D.; *et al.* European Resuscitation Council Guidelines 2021: Ethics of resuscitation and end of life decisions. **Resuscitation**, v. 161, p. 408-432, 2021. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.017> Access: 10 out. 2022.

MOCKLER, S. *et al.* Prevalence and severity of pediatric emergencies in a German helicopter emergency service: implications for training and service configuration. **European Journal of Pediatrics**, v. 182, p. 5057–5065, 2023. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00431-023-05178-8>. Access: 18 nov. 2024.

MOODY-WILLIAMS, J. Understanding patient and family engagement in health care. In: **A journey towards patient-centered healthcare quality**. Cham: Springer, 2020. DOI: 10.1007/978-3-030-26311-9_1. Available from: <https://content.e-bookshelf.de/media/reading/L-12827333-fd9c3ceb07.pdf> Access: 17 set. 2022.

MOREIRA, M. A.; MASINI, E. F. S. **Aprendizagem Significativa: a teoria de David Ausubel**. São Paulo, SP: Centauro, 2009. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/001815724>. Acesso em: 05 fev. 2024.

MYHRE, M. Pre-hospital care for children - a descriptive study from Central Norway. **Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine**, 2024. Available: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-4601570/v1>. Access: 18 nov. 2024.

NASCIMENTO, J. S. G.; *et al.* Simulação clínica: construção e validação de roteiro para o suporte básico de vida no adulto. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 11, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769254578> Acesso em: 17 mar. 2023.

- NEGRI, E. C.; *et al.* Construção e validação de cenário simulado para assistência de enfermagem a pacientes com colostomia. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 28, p. e20180199, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0199>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/n6sLRQdSHz76v6QYxjBzvXy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 dez. 2023.
- NEUMANN, M. L.; KAKANI, S.; LADNER, A. Quality of life from childhood to adulthood: Perspectives from adult patients with pediatric-onset intestinal failure. **Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition**, v. 79, n. 4, p. 863–868, 2024. DOI: 10.1002/jpn3.12322. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jpn3.12322> Access: 10 nov. 2024.
- NIGHTINGALE, F. **Notes on nursing: what it is, and what it is not**. Dover Publications. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1992. (Trabalho original publicado em 1859).
- NISHISAKI, A.; DIEKEMA, D. S. Cuidar da lacuna e reduzi-la: presença familiar durante reanimação pediátrica e procedimentos invasivos. **Reanimação**, v. 82, n. 6, pág. 655-656, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2011.03.028> Acesso em: 07 set. 2023.
- NOGUEIRA, L. de S.; DOMINGUES, T. A. M.; ESPADARO, R. F. Simulação Clínica: Principais conceitos e normas de boas práticas. In: COREN-SP (Org.). **Manual de Simulação Clínica para Profissionais de Enfermagem**. São Paulo: COREN, 2020. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/12/Manual-de-Simula%C3%A7%C3%A3o-Cl%C3%ADnica-para-Profissionais-de-Enfermagem.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2023.
- NURUNNABI, A. *et al.* Simulation Based Teaching and Learning in Clinical Education. **Bangladesh Journal of Neurosurgery**, 2024. Available from: <https://doi.org/10.3329/bjns.v13i1.72291>. Access 09 nov. 2024.
- OCZKOWSKI, S. J. W. *et al.* On behalf of the Canadian Critical Care Society. Family presence during resuscitation: A Canadian Critical Care Society position paper. **Canadian Respiratory Journal**, v. 22, n. 4, p. 201-205, 2015. Available from: <https://doi.org/10.1155/2015/532721>. Access: 27 mar. 2024.
- O'DWYER, G. *et al.* O cenário atual das políticas de atenção às urgências no Brasil. **BMC Health Services Research**, v. 13, n. 1, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-70>. Acesso em: 20 nov. 2024.
- O'LEARY, F. Simulation based education in paediatric resuscitation. **Paediatric Respiratory Reviews**, 2024. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.prrv.2024.05.002> . Access: 15 nov. 2024.
- OLEGÁRIO, W. K.; FERNANDES, L. T. B.; MEDEIROS, C. M. R. Validação de resultados de enfermagem da CIPE® para a assistência a pacientes no período pós-parto. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 10, n. 4, p. 3507-3516, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/reuol.9681-89824-1-ED.1004sup201601>. Acesso em: 07 jun. 2023.
- OLIVEIRA, S. N. de; *et al.* From theory to practice, operating the clinical simulation in

nursing teaching. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 1791–1798, 2018. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0180> Access: 15 nov. 2024.

ORTEGA, F.; MÜLLER, M. R. Repensando a competência estrutural: Educação continuada em saúde mental e práticas de territorialização no Brasil. **Saúde Pública Global**, v. 18, n. 1, p. 1–16, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/17441692.2022.2157034>. Acesso em: 20 nov. 2024.

OTRENTI, E. Avaliação de processos educativos formais para profissionais da área da saúde: revisão integrativa de literatura. 2011. 91 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) — **Escola de Enfermagem**, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

OWUSU-ANSAH, *et al.* Pediatric readiness in emergency medical services systems. **Pediatrics**, v. 145, n. 1, e20193308, 2020. Available from: <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3308>. Access: 18 jan. 2023.

OWUSU-ANSAH, S.; LACOVEY, D. Pediatric education. **American Academy of Pediatrics**, 4. ed., n. 2, p. 30-47, 2021.

PADREZ, K. A. *et al.* Development of a simulation-based curriculum for pediatric prehospital skill: a mixed-methods needs assessment. **BMC Emergency Medicine**, v. 21, p. 107, 2021. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12873-021-00494-4>. Acesso em: 5 fev. 2023.

PALOMARES-GONZÁLEZ, L. *et al.* Presença dos pais durante procedimentos pediátricos invasivos: de que depende? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 31, p. e3828, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6101.3827>. Acesso em: 27 mar. 2024.

PALS, Pediatric Advanced Life Support. Algorithms 2021. **United Medical Education**. Provo, Utah (USA); 2021. Available from: www.acls-pals-bls.com/algorithms/pals . Access: 26 out. 2021.

PASQUALI, L. Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas. Porto Alegre, RS (BR): **Artmed**; 2010. Disponível em: https://www.academia.edu/41964177/Instrumenta%C3%A7%C3%A3o_psicol%C3%B3gica_Pasquali Acesso em: 10 abr. 2023.

PEDRAZA, D. F.; ARAÚJO, E. M. N. de. Internações das crianças brasileiras menores de cinco anos: revisão sistemática da literatura. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, p. 169-182, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000100018>. Acesso em: 17 set. 2022.

PENG, Y. M.; SHAN, Y.; XUDONG, Y. Factors influencing the development and implementation of pediatrics in family-centered care model: A scoping review. **Open Journal of Pediatrics and Child Health**, 2024. DOI: 10.17352/ojpch.000055. Available from: <https://www.reprodgroup.us/articles/OJPCCH-9-155.php> Access: 31 out. 2024

PHTLS - **Prehospital Trauma Life Support**. Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado — PHTLS. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier/Medicina Nacionais, 2012. 618 p.

PINHEIRO, M. C. C. *et al.* Educação permanente no processo de trabalho em saúde mental. **Journal Nursing Health**, v. 9, n. 2, e199203, 2019. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1047262/2.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2024.

PINHEIRO, J. M. L.; ARAUJO, J. da S.; ALVES, G. A Teoria da Aprendizagem Significativa: uma Abordagem na Educação Matemática. **Jornal Internacional de Estudos em Educação Matemática**, [S. l.], v. 14, n. 1, p. 50–60, 2021. DOI: 10.17921/2176-5634.2021v14n1p50-60. Disponível em: <https://jieem.pgsscogna.com.br/jieem/article/view/8166>. Acesso em: 17 nov. 2024.

PINTO, J. P. *et al.* Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, p. 132-135, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/nvbLHsC6jjrcC9KrdMgYLRc/> Acesso em: 05 nov. 2022.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. (null). Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9. ed. Porto Alegre: **Artmed**; 2019.

POTHIAWALA, S. Post-resuscitation care. **Singapore Medical Journal**. v. 58, n. 7, p. 404-407, 2017. DOI: 10.11622/smedj.2017060. Available from: <http://www.smj.org.sg/article/post-resuscitation-care> Access: 17 set. 2022.

POTTLE, J. Virtual reality and the transformation of medical education. **Future Healthcare Journal**, v. 6, n. 3, p. 181–185, 2019. Available from: <https://doi.org/10.7861/fhj.2019-0036>. Access: 05 fev. 2022.

POWERS, K.; DUNCAN, J. M.; TWIBELL, K. R. Family support person role during resuscitation: a qualitative exploration. **Journal of Clinical Nursing**, v. 32, p. 409–421, 2023. Available from: <https://doi.org/10.1111/jocn.16248>. Access: 07 set. 2024.

Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2022. 4ª. Edição 214 p. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/PROTOCOLO_ATENDIMENTO_PRE_HOSPITALAR_SUORTE_INTERMEDIARIO_DE_VIDA_compressed.pdf Acesso em: 07 fev. 2023.

QUERUZ, *et al.* Presença da família durante ressuscitação e procedimentos invasivos: percepção de estudantes de enfermagem e medicina. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 13, 2023. Disponível em: <http://doi.org/10.19175/recom.v13i0.4745> Acesso em: 27 mar. 2024.

RAMOS, V. O.; SANNA, M. C. A inserção da enfermagem no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 3, p. 355–360, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672005000300020>. Acesso em: 18 nov. 2024.

RAYBURN, D. *et al.* Utilizing simulation to improve pre-hospital medical care for paediatric seizure. **International Journal of Health Sciences (IJHS)**, p. 1-13, 2023. Available from: http://10.8.3.251/esussamu/Default_Atendimento.aspx. Access: 07 set. 2024.

RAZEQ *et al.* Nurses' beliefs and perceptions regarding family-centered care services in acute

pediatric healthcare settings. Research Article v75, p16-22, 2024. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2023.11.025> Access: 07 jun. 2023.

RESOLUÇÃO COFEN nº 718/2023. Disponível: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-718-2023/> Acesso em: 07 fev. 2023.

RIVERA, J. B. Family presence during pediatric resuscitations: A meta-synthesis. 2019. INRC (Congress). 259. Available from: https://www.sigmarepository.org/inrc/2019/presentations_2019/259 Access: 17 mar. 2024.

ROCCO, K. M. W. de; *et al.* Realistic simulation as a training strategy for the health team. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, v. 12, n. 2, p. e3329, 2023. Available from: <https://doi.org/10.22235/ech.v12i2.3329>. Access: 05 mar. 2024.

RODRIGUES, G. V. B. *et al.* Educação permanente em saúde nos serviços de urgência e emergência: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v.9, n.8, e14985269, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5269> Acesso em: 05 jan. 2024.

RODRIGUES, J. L. S. Q.; PORTELA, M.; MALIK, A. Agenda para pesquisa sobre o cuidado centrado no paciente no Brasil. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 11, p. 4263-4275, 2019. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1413-812320182411.04182018>. Acesso em: 27 mar. 2024.

ROSENTHAL, *et al.* Desenvolvimento e avaliação psicométrica de uma pesquisa de cuidadores para avaliar o cuidado centrado na família no pronto-socorro. *Pediatrica acadêmica*, v. 23, n. 5, pág. 931-938, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.acap.2022.10.018> Acesso em: 20 jul. 2024.

SAFE KIDS. **Prevenção de acidentes infantis**. Disponível em: <https://www.safekids.org/>. Acesso em: 17 mar. 2024.

SAĞLIK, D. S.; ÇAĞLAR, S. The Effect of Parental Presence on Pain and Anxiety Levels During Invasive Procedures in the Pediatric Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*, 2018. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.07.003>. Access: 18 nov. 2024.

SANTANA, C. J. *et al.* Interação de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência com as Famílias. *Journal of Health Sciences*, [S. l.], v. 18, n. 4, p. 235–239, 2017. DOI: 10.17921/2447-8938.2016v18n4p235-9. Disponível em: <https://journalhealthscience.pgsscogna.com.br/JHealthSci/article/view/3497>. Acesso em: 27 mar. 2022.

SARATILA, Iurie; ROMANCENCO, Andrei; SPINEI, Larisa. Evaluating the efficacy of simulation-based training on clinical competency transfer. *One Health & Risk Management*, v. 5, n. 3, p. 21-32, 2024. Available from: <https://doi.org/10.38045/ohrm.2024.3.03> . Access: 17 nov. 2024.

SATCHELL, E. *et al.* Family & bystander experiences of emergency ambulance services care: a scoping review. *BMC Emergency Medicine*, v. 23, p. 68, 2023. Available from:

<https://doi.org/10.1186/s12873-023-00829-3>. Access: 08 set. 2024.

SATCHELL, E.; ANDERSON, N.; GOTT, M. Paramedicine research with family and bystanders: A methodological review. **Paramedicine**, 2024. Available from: <https://doi.org/10.1177/27536386241255387>. Access: 10 nov. 2024.

SCHAFER, K. M.; KREMER, M. J. Outcomes of simulation-based experiences related to family presence during resuscitation: a systematic review. **Clinical Simulation in Nursing**, v. 65, p. 62–81, 2022. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2022.01.002>. Access: 05 fev. 2023.

SCHLUNEGGER, M. C *et al.* Competencies of nurse practitioners in family practices: A scoping review. **Journal of Clinical Nursing**, v. 32, p. 2521–2532, 2023. Available from: <https://doi.org/10.1111/jocn.16382>. Access: 8 fev. 2024.

SCHOFIELD, B. *et al.* Promoção da saúde em ambientes de atendimento de emergência: investigando opiniões e experiências da equipe. Enfermeiro de emergência: **The Journal of the RCN Accident and Emergency Nursing Association**, v. 31, n. 6, p. 26–32, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.7748/en.2023.e2156>. Acesso em: 20 nov. 2024.

SCHRAM, A. *et al.* Simulation-based team training for healthcare professionals in pediatric departments: study protocol for a nonrandomized controlled trial. **BMC Medical Education**, v. 24, p. 607, 2024. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05602-z>. Access: 07 set. 2024.

SCHRAM, A.; BONNE, N. L.; HENRIKSEN, T. B., *et al.* Simulation-based team training for healthcare professionals in pediatric departments: study protocol for a nonrandomized controlled trial. **BMC Medical Education**, v. 24, p. 607, 2024. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05602-z>. Access 09 nov. 2024.

SENIWATI, T. *et al.* Patient and family-centered care for children: A concept analysis. **Belitung Nursing Journal**, v. 9, n. 1, p. 17–24, 2023. DOI: 10.33546/bnj.2350. Available from: <https://www.belitungraya.org/BRP/index.php/bnj/article/view/2350>. Access: 13 nov. 2024.

SHIELDS, L. Questioning family-centered care. **Journal of Clinical Nursing**, v. 19, n. 17-18, p. 2629-2638, 2010. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03214.x>. Access: 07 set. 2024.

SHIELDS, L. What is “family-centered care?” **European Journal for Person Centered Healthcare** 2015 Vol3 Issue 2 pp 139-144. Available from: <http://www.ejpch.org/ejpch/article/view/993/993>. Access: 07 set. 2024.

SHIOW, C. S. Patient- and family-centered physical and psychological distress care model for adult patients with cancer. **Journal of Nursing**, v. 69, n. 4, p. 6-12, 2022. Available from: [https://doi.org/10.6224/JN.202208_69\(4\).02](https://doi.org/10.6224/JN.202208_69(4).02). Access: 13 nov. 2024

SILVA, A. B. *et al.* A educação Permanente em Saúde no serviço de atendimento móvel de urgência. **Revista Sustinere**, v. 6, n. 1, p. 63–83, 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/sustinere/article/view/31266/25720>. Acesso em 01 nov. 2024.

SILVA, A. M. S. M.; INVENÇÃO, A. S. A atuação do enfermeiro no atendimento de urgência e emergência. **UNILUS Ensino e Pesquisa**, v. 15, n. 39, p. 5–13, 2018. Disponível em: <http://revista.lusiada.br/index.php/ruep> Acesso em: 02 dez. 2022.

SILVA, M. R.; BARBOSA, M. A. S.; LIMA, L. G. B. Usos e possibilidades metodológicas para os estudos qualitativos em administração: explorando a análise temática. **RPCA**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 111-123, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.12712/rpca.v14i1.38405> Acesso em: 02 dez. 2022.

SILVEIRA, S. C.; TANEDA, M. Análise do preenchimento das fichas de atendimento sistematizado do SAMU-192 realizados pela equipe de enfermagem de Juína/MT. **SAJES - Revista Saúde AJES**, v. 1, n. 1, p. 1–18, 2015. Disponível em: <http://www.revista.ajes.edu.br/index.php/SAJES/article/view/32/pdf> . Acesso em: 7 mar. 2023.

SIMÃO, D. A. S.; MANZO, B. F. O modelo de cuidado centrado no paciente e na família em pediatria. In: Associação Brasileira de Enfermagem, Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras; GAÍVA, M. A. M; TOSO, B. R. G. O; MANDETTA, M. A. organizadoras. **PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde da Criança e do Adolescente: Ciclo 13**. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2018. p. 9–29. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 1). Disponível em: <https://portal.secad.artmed.com.br/artigo/o-modelo-de-cuidado-centrado-no-paciente-e-na-familia-em-pediatria> Acesso em: 27 mar. 2022.

SINGH, Sujata; BHARADWAJ, A. P.; LAZARUS, Sheryl S.; AGRAWAL, Pooja; GOURI, Rajesh; MAHAJAN, Swati; ANANDPARA, Gaurang; PATEL, Jitendra. Advancements in Simulation Based Learning: Enhancing Clinical Competencies in Medical Education. p. 119-138, 2024. Available from: <https://doi.org/10.9734/bpi/nvmms/v8/305> . Access: 17 nov. 2024.

SISK, C. The impact of a child's illness on family coping: an empirical analysis. **Child Life**, 5 jan. 2017. Available from: <https://www.childlife.org/about-aclp/news/2017/01/05/the-impact-of-a-child-s-illness-on-family-coping-an-empirical-analysis>. Access: 30 out. 2023.

SMITH, C. E. Developing simulation scenarios for perioperative nursing core competencies and patient safety. **Perioperative Nursing Clinics**, v. 4, n. 2, p. 157–165, 2009. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.cpen.2009.01.003>. Acesso em: 09 abr. 2023.

SMITH, W. Concept analysis of family-centered care of hospitalized pediatric patients. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 42, p. 57-64, 2018. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.06.014>. Access: 30 out. 2023

SMITH, Y. History of nursing. **News Medical Life Sciences**, 2 jan. 2023. Available from: <https://www.news-medical.net/health/History-of-Nursing.aspx>. Access: 07 set. 2024.

SOARES, *et al.* Possibilidade de acompanhar o atendimento emergencial na perspectiva da família: estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 16, n. 2, p. 188-198, 2017. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5585> Access: 30 out. 2022.

SOBUWA, S. SAJPEC: A new dawn for pre-hospital emergency care in South Africa. **South African Journal of Pre-Hospital Emergency Care**, v. 1, n. 1, p. 2, 2020. Available from: <https://doi.org/10.24213/1-1-4167>. Access: 18 nov. 2024.

Sociedade Brasileira de Pediatria, 2020. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/especiais/pediatria-para-familias/prevencao-de-acidentes/acidentes-domesticos/> Acesso em: 20 fev. 2022.

SOUSA, B. V. N.; TELES, J. F.; OLIVEIRA, E. F. Perfil, dificuldades e particularidades no trabalho de profissionais dos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel: revisão integrativa. **Enfermería Actual de Costa Rica**, n. 38, p. 245-260, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i38.36082> Acesso: 16 nov. 2023.

SOUZA, L. K. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 2, p. 51-67, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.36482/1809-5267.ARBP2019v71i2p.51-67>. Acesso em: 09 jul. 2023.

SPARKS, F.; HILARI, K.; GILBODY, N. Evaluation of a novel simulation-based training for urgent laryngectomy care. **Springer Science Business Media LLC**, 2024. Available from: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-4888426/v1>. Access: 05 nov. 2024.

STAUGAITIS, A.; BENOLKEN, P.; BIROS, M. 267 Research protocol training through an electronic learning module and in situ simulation. **Annals of Emergency Medicine**, v. 72, n. 4, p. S106, 2018. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2018.08.272>. Access: 05 fev. 2022.

STEFANO, C. de. *et al.* Family presence during resuscitation: a qualitative analysis from a national multicenter randomized clinical trial. **PLoS One**, v. 11, n. 6, p. e0156100, 2016. DOI: <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0156100>. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0156100>. Access: 10 ago. 2023.

SULISTIYAWATI, M. A. E. T.; NONO, E. A.; SELANO, M. K. The role of clinical instructor in nursing clinic practice. **Journal Kesehatan**, v. 10, n. 1, p. 17, 2021. Available from: <https://doi.org/10.46815/jkanwvol8.v10i1.1110>. Access: 20 nov. 2024.

SUPARTO, T.A. *et al.* Parents' Roles in Overcoming the Impact of Hospitalization on Preschool Children. **Advances in Health Sciences Research**, v. 21 (ICSSHPE 2019), p. 140–143, 2020. Available from: <https://doi.org/10.2991/ahsr.k.200214.039> Access: 10 ago. 2023.

SWEENEY, *et al.* ACTup: advanced communication training simulation enhanced by actors trained in the Stanislavski system. **BMJ Simulation & Technology Enhanced Learning**, v. 7, n. 1, p. 35, 2021. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjstel-2021-000035>. Access 09 abr. 2023.

TANNEBAUM, R. D. *et al.* Medicina de emergência no sul do Brasil. **Annals of Emergency Medicine**, v. 37, n. 2, p. 223–228, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1067/mem.2001.112252>. Acesso em: 18 nov. 2024.

THOMPSON, A.; BOSWELL, A.; EVANS, T.; CLARKE, B. 4 Palliative care emergencies

in a hospice setting: Using simulation-based training to improve nursing confidence. **BMJ Supportive & Palliative Care**, v. 14, Suppl. 2, p. A10.1-A10, 2024. Available from: <https://doi.org/10.1136/spcare-2024-pcc.23>. Access: 05 out. 2024.

TRICCO, A. C. *et al.* A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews. **BMC Medical Research Methodology**, v. 16, n. 15, 2016. Available from: <https://dx.doi.org/10.1186/s12874-016-0116-4>. Access: 10 out. 2023.

TSUTUMI, W. M. *et al.* Cuidado de enfermagem à criança com foco no cuidado centrado na família. **Revista Eletrônica de Administração e Saúde (REAS)**, v. 23, n. 1, 2023. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5269>. Acesso em: 10 ago. 2023.

TURKOT, *et al.* A review of anesthesia simulation in low-income countries. **Current Anesthesiology Reports**, v. 9, p. 1–9, 2019. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40140-019-00305->. Access: 05 mai. 2022.

UNICEF. Desenvolvimento infantil. Brasília: UNICEF, 2019. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/desenvolvimento-infantil>. Acesso em: 20 nov. 2023.

VAN GELDEREN, S.; KRUMWIEDE, N.; CHRISTIAN, A. Teaching Family Nursing Through Simulation: Family-Care Rubric Development. **Clinical Simulation In Nursing**, v. 12, p. 159-170, 2016. DOI:10.1016/j.ecns.2016.01.002 Available from: [https://www.nursingsimulation.org/article/S1876-1399\(16\)00003-7/abstract](https://www.nursingsimulation.org/article/S1876-1399(16)00003-7/abstract). Access: 20 nov. 2023.

VAN GELDEREN, S. *et al.* A family-care rubric: Developing family care and communication skills using simulation. **Clinical Simulation in Nursing**, v. 36, p. 47-58. 2019. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2019.07.006>. Access: 10 set. 2022.

VENDRUSCOLO, C. *et al.* Implication of the training and continuing education process for the interprofessional performance. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 2, p. e20180359, 2020. Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/zJkQrDPVcBSH94b3N6c8Scm/?lang=en>. Access: 20 nov. 2024.

VINUTO, J. Amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, v. 22, n. 44, p. 203-220. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977>. Acesso em: 20 nov. 2023.

WALDOW, V. R. Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Petrópolis (RJ), v. 61, n. 6, p. 888-892, 2008.

WATSON, J. **Nursing: the philosophy and science of caring**. 2. ed. Boulder: University Press of Colorado, 2008.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Nurses and families: a guide to family assessment and intervention**. 7. ed. Philadelphia: F.A. Davis, 2019.

WRIGHT, L. M.; WATSON, W. L.; BELL, J. M. **Beliefs: the heart of healing in families and illness**. New York: Basic Books, 1996.

WYSKIEL, R. *et al.* Towards expanding the acute care team: learning how to involve families in care processes. **Families, Systems, & Health**, 2015. Available from: <https://doi.org/10.1037/FSH0000118> . Acesso em: 18 nov. 2024.

YOUNAS, A.; INAYAT, S.; DAL M. A.; DURANTE, A. Nurses' challenges to developing interpersonal relationships during integrated care for complex patients. **Western Journal of Nursing Research**, 2023. DOI: 10.1177/01939459231189789 Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10498654/pdf/10.1177_01939459231189789.pdf Access: 31 out. 2024.

YU-RI, C.; YEO-JIN, L. Emergency nurses' perceptions of family presence during resuscitation: A thematic analysis. **Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing**, 2023. Available from: <https://j.kafn.or.kr/journal/view.php?doi=10.7739/jkafn.2023.30.4.519> Access: 31 out. 2024.

ZALI, M. *et al.* Experiências de enfermeiros na prestação de cuidados centrados na família período pós-ressuscitação: Um estudo qualitativo. **Enfermagem Aberta**, v. 10, p. 7215–7223, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nop2.1974> . Access: 31 out. 2024.

ZHU, Y.; GENG, C.; PEI, X.; *et al.* Baccalaureate nursing students' experiences with high-fidelity simulation: protocol for a qualitative systematic review. **BMJ Open**, v. 10, p. e040171, 2020. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-040171> . Access: 09 abr. 2023.

Apêndices

Apêndice A: Carta convite para especialistas – 1ª Rodada Delphi



CARTA CONVITE

Prezado (a) Senhor (a):

Meu nome é Karine Silva Fogaça, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Instituto Integrado de Saúde (INISA) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Junto com minha orientadora, Professora Dra. Maria Angélica, tenho o prazer de convidá-lo (a) a participar do estudo intitulado: **"EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA COM A PRESENÇA DA FAMÍLIA NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE CENÁRIO DE SIMULAÇÃO"**.

A presença da família durante o atendimento emergencial de crianças é reconhecida como benéfica por organizações internacionais, mas enfrenta restrições por parte dos profissionais de saúde e falta de protocolos específicos. Este estudo visa construir e validar um cenário de simulação clínica para socorristas em assistência emergencial pediátrica centrada na família, sensibilizando-os para a importância dessa abordagem no contexto pré-hospitalar móvel.

Trata-se de um estudo metodológico, composto por quatro etapas, a saber: revisão de escopo, desenvolvimento de uma intervenção educativa por simulação clínica para socorristas, validação do cenário de simulação e teste de aplicabilidade do constructo com público-alvo.

Gostaríamos de convidá-lo (a) a compor o grupo de especialistas responsável pela validação do conteúdo e da aparência do cenário de simulação clínica. A validação *online* será realizada por especialistas nas áreas de Simulação Clínica, Cuidado Centrado na Família e no Paciente, Serviço de Atendimento Pré-hospitalar Móvel, Emergência Pediátrica e construção e validação de instrumentos, conforme contato por correspondência eletrônica (e-mail).

Caso aceite nosso convite, o Sr. (a) precisará de aproximadamente 40 minutos para ler os documentos e responder ao questionário proposto para essa validação. Orienta-se, inicialmente:

Revisar e assinar eletronicamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido através do Google Forms: <https://forms.gle/c2E2SAAchmuHcNwr5> caso esteja de acordo com a participação no estudo, seguirá a posterior leitura dos roteiros em sequência: instrumento de caracterização sociodemográfica e profissional e o questionário de validação do roteiro teórico-prático para treinamento de simulação.

As contribuições dos especialistas serão cuidadosamente consideradas e utilizadas para ajustar o constructo até alcançar um índice de concordância de 0,80, previsto em duas rodadas. Todas as informações serão tratadas confidencialmente.

Considerando o envolvimento de profissionais da assistência e do ensino, o cumprimento dos prazos para o envio das respostas é crucial para o bom andamento do estudo. Portanto, solicito que o prazo de 20 (vinte) dias após o recebimento seja respeitado.

Agradecemos desde já pela sua disponibilidade em compartilhar sua experiência e conhecimento para avaliar este instrumento. Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais necessários.

Atenciosamente,

Karine Silva Fogaça
Mestranda em Enfermagem – INISA/UFMS
Tel: +55 (67) 9. 9288-0577
E-mail: kafogacaufms@gmail.com

Profa. Dra. Maria Angélica Marcheti
Curso de Enfermagem - Instituto Integrado de Saúde
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul-Brasil
E-mail: mamarcheti@gmail.com

Apêndice B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para especialistas (TCLE₁)**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Convido você para participar, como voluntário, do projeto de pesquisa intitulado **“EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA COM A PRESENÇA DA FAMÍLIA NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE CENÁRIO DE SIMULAÇÃO”**, de responsabilidade dos pesquisadores Karine Silva Fogaça e Maria Angélica Marcheti.

O objetivo central do estudo é construir e validar um cenário de simulação clínica para socorristas em assistência emergencial pediátrica centrada na família, sensibilizando-os para a importância dessa abordagem no contexto pré-hospitalar móvel.

O presente termo foi desenvolvido conforme determinam as Resoluções nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e consoante a Carta Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS e aprovação do parecer consubstanciado CEP 6.852.503.

Este documento, denominado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tem por objetivo garantir os seus direitos e obrigações enquanto participante. Transmitido mediante um *link* no *site Google Forms*, a seleção da opção "aceito participar" é equiparada à sua assinatura. Caso concorde, devido à natureza não escrita deste registro, uma cópia deste documento será enviada para o endereço de *e-mail* fornecido e outra será direcionada ao pesquisador. Além disso, você receberá uma versão digitalizada do TCLE, contendo a assinatura eletrônica do pesquisador responsável, juntamente com o material relacionado à pesquisa. A permissão para dar início à pesquisa será válida a partir da assinatura, e você terá o direito de retirar o consentimento a qualquer momento durante a condução do estudo.

Trata-se de um estudo metodológico, composto por quatro etapas, a saber: revisão de escopo, desenvolvimento de uma intervenção educativa por simulação clínica para socorristas, validação do cenário de simulação e testagem associada a validação do constructo com público-alvo.

Gostaríamos de convidá-lo (a) a compor o grupo de especialistas responsável pela validação do conteúdo e da aparência do cenário de simulação clínica. A validação *online* será realizada por especialistas nas áreas de Simulação Clínica, Cuidado Centrado na Família e no Paciente, Serviço de Atendimento Pré-hospitalar Móvel, Emergência Pediátrica e construção e validação de instrumentos, conforme contato por correspondência eletrônica (*e-mail*). Caso aceite nosso convite, o Sr. (a) precisará de aproximadamente 40 minutos para ler os documentos e responder ao questionário proposto para essa validação.

Riscos e desconfortos: considera-se que esta pesquisa não acarreta riscos de natureza física aos participantes. É importante ressaltar que os procedimentos de coleta de dados não são agressivos ou nocivos à vida dos envolvidos. Em ambiente virtual, o principal risco identificado é o compartilhamento das informações. Os riscos dessa pesquisa são mínimos e residem na possibilidade de você se sentir cansado para preencher o instrumento. Para minimizar esse efeito, você poderá fazer pausas de alguns minutos para descanso e posterior retomada da atividade, o *site* permite que suas respostas sejam mantidas salvas para posterior continuidade

no preenchimento. Os dados coletados durante o estudo serão utilizados exclusivamente para as atividades de pesquisa relacionadas a esta abordagem e não para fins de avaliação profissional ou pessoal. Ressalta-se que todas as providências serão tomadas durante a coleta de dados para garantir a privacidade e o anonimato dos participantes, conforme determinam as Resoluções nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Carta Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS.

Confidencialidade: você tem a garantia de que sua identidade e a confidencialidade das informações serão mantidas em sigilo durante todas as fases da pesquisa. Nenhuma informação será compartilhada com outras pessoas. As informações fornecidas serão utilizadas exclusivamente em publicações de artigos científicos e/ou na divulgação dos resultados deste trabalho em eventos científicos. Em nenhum momento, seu nome ou qualquer outro dado que possa identificá-lo será mencionado; será utilizada uma identificação codificada, como E1, E2, E3. Os dados escritos e outros documentos relacionados à pesquisa serão guardados sob a responsabilidade da pesquisadora deste estudo, por um período de cinco anos, em local de acesso exclusivo da pesquisadora. Apenas os pesquisadores deste estudo terão acesso aos dados coletados; mantendo, contudo, a confidencialidade necessária. O pesquisador arquivará o termo de consentimento, e, em nenhum momento, ele será apreciado por outras pessoas que não sejam da equipe de pesquisadores envolvida no estudo. Caso aceite participar, após a finalização da coleta, as informações serão transferidas para o computador do autor, protegido por senha, e mantidas apenas pelo tempo necessário para a transcrição. Se precisar de mais informações, poderei entrar em contato com você futuramente.

Benefícios: os benefícios da sua participação não são diretos, porém você poderá contribuir para ampliar o conhecimento sobre as perspectivas dos profissionais que utilizam a metodologia do CCPF em atendimento emergencial pediátrico, suas percepções relativamente ao modelo assistencial, e debater sobre modelo assistencial voltado para família conjuntamente com o paciente, suas aplicações e esclarecimentos de questões relacionadas ao assunto. Ainda podemos citar a produção de conhecimento científico, que poderá trazer benefícios de uma maneira geral à sociedade a partir da geração de mais dados e informações sobre esse assunto, podendo subsidiar com dados científicos debates ou até outras pesquisas relacionadas aos temas. Bem como na colaboração da educação permanente, fornecendo subsídios para equipe de enfermagem na construção de novas estratégias de atendimento no pré-hospitalar voltado para família das crianças, buscando uma assistência integral.

Pagamento e indenização: esta pesquisa não envolve financiamento e sua participação é totalmente voluntária. Deixamos explícito que não haverá qualquer despesa para você. No entanto, caso haja necessidade de despesas, como custos com o uso de internet decorrentes de sua participação na pesquisa, esses serão totalmente ressarcidos pela pesquisadora. Além disso, em caso de danos decorrentes desta pesquisa, a pesquisadora garantirá a devida indenização, a ser definida conjuntamente, de acordo com o tipo de dano, conforme determina a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Acompanhamento: caso tenha dúvidas sobre as questões éticas ou outras perguntas sobre seus direitos como participante do estudo, você pode entrar em contato, independente, com Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS. O contato pode ser feito pelo telefone (67) 3345-7187 ou pelo e-mail cepconep.propp@ufms.br. O endereço é Cidade Universitária, Avenida Costa e Silva, s/n, Bairro Universitário, campus da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, prédio das Pró-reitorias "Hércules Maymone" - 1º andar, CEP 79070-900, Campo Grande – MS, caixa postal 549. A divulgação dos resultados do estudo estará disponível

por meio de artigos científicos, e você também receberá os resultados diretamente no *e-mail* cadastrado.

Contato com o pesquisador: se surgirem dúvidas sobre o desenvolvimento da pesquisa, como a realização das entrevistas ou qualquer outra informação, você pode esclarecê-las entrando em contato diretamente com o pesquisador pelos seguintes meios: telefone: (67) 3345-7768, *E-mail*: angelica.marcheti@ufms.br, Endereço: Cidade Universitária s/n. Unidade XII - Caixa Postal 549 - CEP: 79070-900 Campo Grande-MS - Brasil.

Liberdade de recusar ou retirar o consentimento: sua participação na pesquisa é voluntária, e você pode recusar-se a participar ou desistir a qualquer momento, sem que isso resulte em qualquer efeito negativo para você. Em caso de desistência, um e-mail será enviado para confirmar sua saída e garantir que seus dados não serão utilizados. Se desejar, você poderá ter acesso aos resultados da pesquisa, bastando solicitar aos pesquisadores responsáveis pelo estudo.

Você aceita participar?

Consentimento Livre e Esclarecido:

Declaro que compreendi os objetivos dessa pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios, envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa.

[] Li o TCLE e aceito participar da pesquisa.

Digite seu e-mail para que possamos enviar sua via do TCLE assinada pela pesquisadora responsável *: _____

_____ (Cidade/UF), _____ de _____ de _____.



Assinatura do participante

Maria Angélica Marcheti
Pesquisadora



Karine Silva Fogaça
Pesquisadora

Apêndice C: Questionário variáveis sociodemográficas e profissionais dos especialistas

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	
Nome	
Cidade e Estado que reside	
1. Sexo	☐ Feminino ☐ Masculino ☐ Inter sexo ☐ Prefiro não responder
2. Tempo de formação acadêmica (em anos)	
3. ocupação x tempo: assistencial hospitalar	☐ 01 à 05 anos
3. ocupação x tempo: assistencial pré-hospitalar fixa	☐ 05 à 10 anos
3. ocupação x tempo: assistencial pré-hospitalar móvel	☐ Mais de 10 anos
3. ocupação x tempo: pesquisador	☐ Não se aplica
4. Nome da instituição onde trabalha atualmente:	
5. Há quanto tempo atua nesta instituição? (em anos completos)	
6. Participou de algum evento científico ou curso de capacitação, nos últimos 2 anos na sua área de atuação profissional que abordasse a temática de interesse do estudo: simulação clínica, cuidado centrado na família e no paciente, serviço de atendimento pré-hospitalar móvel, emergência pediátrica e construção e validação de instrumentos.	☐ Sim ☐ Não
7. Preencha o campo a seguir de acordo com sua trajetória acadêmica e profissional na área de interesse: *área de interesse: simulação clínica, cuidado centrado na família e no paciente, serviço de atendimento pré-hospitalar móvel, emergência pediátrica e construção e validação de instrumentos.	☐ Titulação de doutor ☐ Titulação de doutor com tese na área de interesse do estudo * ☐ Titulação de mestre ☐ Titulação de mestre com dissertação na área de interesse do estudo * ☐ Titulação de especialista* ☐ Titulação de especialista na área de interesse do estudo * ☐ Possui artigo publicado em periódico indexado sobre a área de interesse* ☐ Possui prática profissional (assistência, ensino ou na pesquisa) há mais de 1 ano. ☐ Participa ou participou de grupos/laboratórios e/ou projetos de pesquisa na temática* ☐ Já foi membro de banca(s) avaliadora(s) de trabalho(s) acadêmico(s) de Pós-Graduação Stricto Sensu na área de interesse de estudo* ☐ Já ministrou capacitação, palestras sobre a área de interesse do estudo*

Apêndice D: Roteiro Simulado

Roteiro cenário simulado unificado

Título do cenário:	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL EM EMERGÊNCIA CLÍNICA PEDIÁTRICA COM A PRESENÇA DA FAMÍLIA
Autoria:	Karine Silva Fogaça
Conhecimento prévio do aprendiz	Experiência assistencial mínima de um ano em atendimento pré-hospitalar (APH) móvel, com conhecimentos gerais sobre temas relacionados, como segurança da cena, protocolos de atendimento no APH, emergências pediátricas, emergências clínicas, causas de parada cardiorrespiratória e suporte básico e avançado de vida.
Objetivos da Aprendizagem	Primário: • Prestar assistência emergencial integral no contexto pré-hospitalar para o manejo clínico de crianças com hipoglicemia, na presença da família e seguindo os princípios do Cuidado Centrado no Paciente e Família (CCPF). Secundário: • Realizar protocolos APH, • Realizar exame físico estruturado ABCDE, • Reconhecer sinais de hipoglicemia no bebê, regulação e tratamento, • Reconhecer possíveis estratégias para implementação do CCPF na prática emergencial pediátrica no APH móvel.
Fundamentação Teórica	Serão disponibilizadas videoaulas pela plataforma <i>Classroom</i>, com duração máxima de 10 minutos cada, sobre os seguintes temas: • Cuidado Centrado no Paciente e Família (CCPF); • Atendimento clínico emergencial pediátrico no ambiente pré-hospitalar móvel; • Atendimento emergencial da criança com a presença da família.
Tema	Atendimento à hipoglicemia na criança, com foco na família em contexto pré-hospitalar.
Complexidade do cenário/Intervenções e resultados esperados	• Nível complexidade/fidelidade Cenário de simulação clínica de média complexidade. • Intervenções esperadas/resultados esperados

Continua

Continuação roteiro do cenário simulado unificado

	Espera-se que o aprendiz reconheça sinais de hipoglicemia apresentados pelo bebê (apatia, sucção débil, hipotonia), realize atendimento emergencial e procedimentos no contexto pré-hospitalar móvel seguindo os princípios do Cuidado Centrado no Paciente e Família.
Documentação	• Checklist: https://drive.google.com/file/d/1uDe_smjhgCD_9U9ISqYwgRc9QDHjJdbC/view?usp=drive_link • Data elaboração: Junho/2024 • Descrição do cenário clínico para facilitador Você conduzirá uma simulação clínica com a atriz que interpreta Mariana, uma jovem de 18 anos, diarista, casada com André, de 20 anos, que trabalha com serviços gerais. Olivia é a primeira filha do casal. Mariana descobriu a gestação na 28ª semana e realizou duas consultas de pré-natal. O bebê nasceu prematuro, com 33 semanas, e recebeu alta da maternidade com 35 semanas de idade corrigida, há uma semana. Enfrenta dificuldades para amamentação devido à pega inadequada do bebê e presença de fissuras mamilares. O bebê usa fórmula láctea para prematuro, mas o complemento acabou há um dia, e os pais aguardam o pagamento do Bolsa Família para a compra. A equipe de suporte intermediário é acionada às 7h, chega a residência e encontra a criança enrolada em um cueiro no colo da mãe, a bebê está hipotônica, apática, gemente, diaforética e com tremores discretos de extremidade. A mãe preocupada e chorosa relata que ao acordar encontrou a criança “molinha” e que a última mamada foi por volta de 1h da manhã, com leite materno sem complemento. Ao exame físico: A - Vias aéreas pervias, B - FR: 50 rpm, Sat 96%, C - Corada, porém sudorética e com pulso palpável. D - <i>Glasgow</i>*: 09 - AO: 2 (ao estímulo físico à pressão); CV: 2 (gemidos); RM: 5 (retirada ao toque) e Glicemia: 35mg/dl. *<i>Glasgow</i> modificada para pediatria -: https://www.msdmanuals.com/professional/multimedia/table/modified-glasgow-coma-scale-for-infants-and-children • Descrição do cenário para o aprendiz

Continuação roteiro do cenário simulado unificado

	Essa será uma simulação com um familiar simulado (ator) e bebê prematuro com 36 semanas de idade corrigida (simulador). Vocês terão aproximadamente 20 minutos para abordar a família em atendimento pré-hospitalar móvel no domicílio e prosseguir com intervenções, de modo a garantir um cuidado humanizado e focado na família enquanto unidade de cuidado e realizar a assistência necessária para o bebê com hipoglicemia. O laboratório de simulação não sofrerá a intervenção de pessoas externas à atividade, e será finalizado pelo facilitador da simulação a equipe concluir o atendimento ou ao final do tempo máximo de execução (20 minutos). Você deverá realizar perguntas sobre valores de sinais vitais e exame físico para o facilitador. Vocês estão na viatura de suporte intermediário (1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem e 1 condutor socorrista) e foram acionados pelo 192 às 7h para atender um bebê prematuro (36 semanas de idade corrigida), com dificuldades para amamentar, a mãe refere que o mesmo está "molinho" e respirando. A Central de Regulação informou que não há viaturas de suporte avançado disponíveis. Ao chegar à cena, vocês serão recebidos pela mãe, muito chorosa e ansiosa, que relata que o bebê "não acorda". A bebê está no colo da mãe, enrolada em um cueiro, hipotônica, apática, gemente, diaforética e com tremores discretos de extremidade. A mãe informa que está com dificuldades para amamentar e sem complemento há 2 dias, a última mamada foi à 1h da manhã, apenas com leite materno. Realize o atendimento ao paciente considerando a cena segura, uso de EPI e mochilas no local. • Descrição dos Sinais Vitais (será falado pelo facilitador conforme aprendiz solicita informações) Ao exame físico: A - Vias aéreas pervias, B - FR: 50 rpm, Sat 96%, C - Corada, porém sudorética e com pulso palpável. D - <i>Glasgow</i>: 09 - AO: 2 (ao estímulo físico à pressão); CV: 2 (gemidos); RM: 5 (retirada ao toque) e Glicemia: 35mg/dl. • Descrição do roteiro para o ator (mãe) Prioritariamente, deve-se considerar uma atriz para o papel de protagonista como mãe do bebê. Caso haja apenas um ator masculino disponível, será necessário adaptar o papel do pai para que ele assuma a posição de informante. Seu nome é Mariana, você tem 18 anos e trabalha como diarista. É casada com André, de 20 anos, que trabalha com serviços gerais. Olívia é sua primeira filha. Você ainda é inexperiente, descobriu a gestação na 28ª semana, realizou duas consultas de pré-natal, o bebê nasceu prematuro com 33 semanas, recebendo alta da maternidade com 35 semanas de idade corrigidas, há uma semana. Está enfrentando dificuldades para amamentar, pois o bebê apresenta uma pega inadequada no seio materno e você está com fissuras mamilares. Vem utilizando complementação com fórmula láctea para prematuro. Há um dia, o complemento acabou
--	--

Continuação roteiro do cenário simulado unificado

	e você está sem dinheiro para comprar mais, aguardando o pagamento do Bolsa Família. Está muito preocupada, ansiosa e chorosa, sabendo que a bebê não está se alimentando bem, mas espera que não seja nada sério e que possa ser resolvido com o mínimo de intervenção médica, pois tem trauma do período de internação quando a bebê não ficou próxima a você. Quer saber sobre os procedimentos que estão sendo realizados, não quer ficar longe da bebê e tem medo de que a levem para o hospital novamente. Não interferirá nos procedimentos, mas demonstrará ansiedade, preocupação e medo. Responda às perguntas em tom choroso e ansioso e, caso o estudante solicite alguma informação que não lhe foi fornecida sobre a cena, responda "eu não tenho essa informação".
Recursos materiais	Recursos materiais e simulador • Simulador bebê <i>reborn</i> RN que permita punção; • Vestido menina; • Cueiro; • Bolsa maternidade; • Telefone celular; • EPI (óculos de proteção, máscara, luvas, macacão ou jaleco); • Mochila de atendimento para sinais vitais; • Oxímetro; • Aparelho de glicemia; • Lanceta; • Algodão; • Pacote de gaze; • Álcool; • Estetoscópio; • Esparadrapo; • Micropore; • Cateter flexível para punção venosa nº 24, • Equipo,

Continua

Continuação roteiro do cenário simulado unificado

	• Soro fisiológico 100ml, • Polifix • Seringa 10 ml, • Agulha 40x12; • Agulha 25x7; • Glicose 50% (01 ampola); • Caixa para pérfuro-cortante; • Maca; • Lençol para maca; • Lençol para coxim
Caracterização dos simuladores/atores	Caracterização do ator: o ator foi caracterizado com vestimenta casual. Caracterização do simulador: Bebê <i>reborn</i> feminino com vestido, fralda, enrolada no cueiro.
Espaço físico	Ambiente que simula cena de atendimento pré-hospitalar móvel no domicílio.
Recursos humanos	Facilitador: • (01) - profissional capacitado para realizar a intervenção educativa, • No mínimo um (01) colaborador para preenchimento do <i>checklist</i>. Público-alvo: • Profissionais do APH móvel – (01) enfermeiro, (01) técnicos de enfermagem e (01) condutor socorrista (mínimo dois participantes). Ator: • (01) Acompanhante familiar da criança (mãe ou pai); Observadores: • Demais pessoas que excedem o número de participantes previsto para o cenário.
Treino da equipe para simulação	• Briefing – 10 minutos • Atividade Simulada - 20 min

Continua

Continuação roteiro do cenário simulado unificado

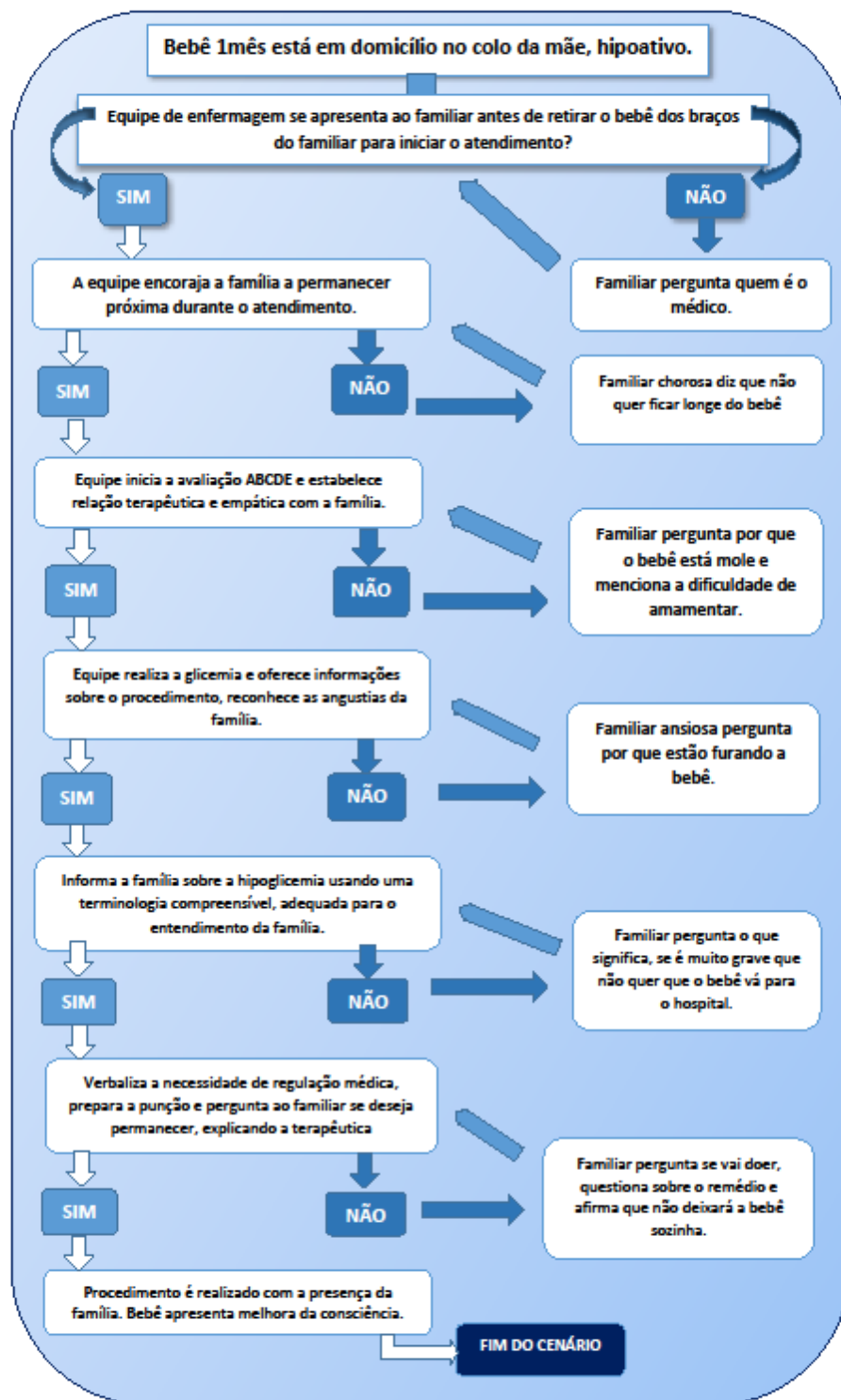
	• Debriefing – 30 minutos
Validar cenário	Cenário será validado pelo <i>Google Forms</i> por peritos da área.
Desenvolvimento do cenário	Desenvolvimento de acordo com árvore de tomada de decisão: https://drive.google.com/file/d/18Ma-gM1gUjZqbwhpWYhGc5UwA0wfY9Vo/view?usp=sharing
Debriefing	<i>Debriefing</i> estruturado baseado no modelo “<i>Diamond</i> (*)”. As seguintes perguntas poderão auxiliar nesse momento: Fase descritiva (Analisar o que ocorreu no caso sem julgar a performance dos participantes na simulação): • Vocês poderiam descrever o quadro clínico encontrado? Fase analítica (Destacar as habilidades não técnicas importantes para os participantes na simulação): • Como vocês se sentiram durante a realização da abordagem à família? • A criança recebeu assistência? • O familiar foi atendido em sua necessidade? • Quais foram as ações positivas que vocês realizaram? • O que vocês fariam se tivessem outra oportunidade? Fase aplicativa (Mostrar como os participantes podem aplicar o conhecimento em sua prática clínica): • O que vocês levam de aprendizado dessa experiência para a sua prática clínica? *Referência: Jaye P, Thomas L, Reedy G. 'The Diamond': a structure for simulation debrief. Clin Teach. 2015 Jun;12(3):171-5. doi: 10.1111/tct.12300.
Avaliação	Escala de Satisfação e Autoconfiança no aprendizado - https://www.scielo.br/j/rlae/a/7fyQp4sk7xrVLc8WxrbLLqy/?format=pdf&lang=pt ; Escala de <i>Design</i> da Satisfação https://www.scielo.br/j/tce/a/jn3rRBTC7Y7VbKXJRdK9xYD/?format=pdf&lang=pt

Checklist

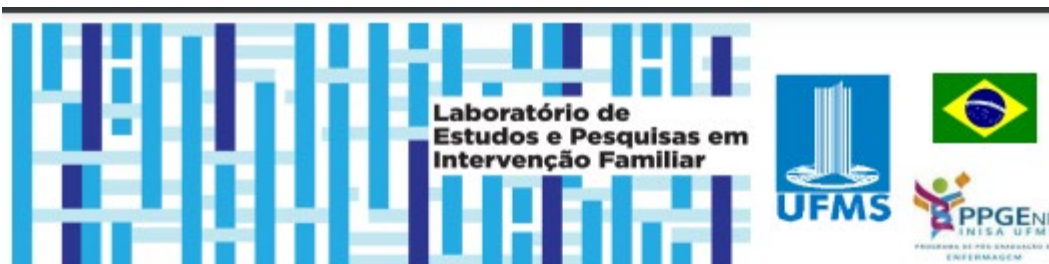
Checklist para avaliação dos participantes do cenário simulado sobre emergência pediátrica com a presença da família contexto pré-hospitalar. Campo Grande, MS, Brasil, 2024.

Atendimento Emergencial Objetivo Estruturado: itens a serem considerados na avaliação do desempenho dos participantes no cenário, conforme o (s) objetivo (s) da simulação. Para cada item a seguir, avalie se a ação realizada foi executada adequadamente, utilizando as opções de resposta: SIM, PARCIALMENTE ou NÃO.	
Cenário: Atendimento pré-hospitalar móvel, emergência pediátrica, com a presença da família	
Participantes:	
Data:	
Durante a simulação:	Avaliação
A equipe de enfermagem se apresenta ao familiar antes de pegar o bebê dos braços para iniciar o atendimento.	☐ SIM ☐ PARCIALMENTE ☐ NÃO
A equipe encoraja a família a permanecer próxima durante o atendimento e usa estratégias para garantir o contato visual efetivo entre a família e o paciente.	☐ SIM ☐ PARCIALMENTE ☐ NÃO
Inicia avaliação ABCDE com relação (comunicação e escuta) terapêutica e empática com a família, permitindo que eles expressem seus sentimentos de maneira confortável, segura e sem julgamentos.	☐ SIM ☐ PARCIALMENTE ☐ NÃO
Realiza os sinais vitais: saturação, frequência respiratória, Glasgow, glicemia; reconhece as alterações. A equipe demonstra empatia e preocupação e reconhece que a família pode estar sofrendo e se sentindo angustiada.	☐ SIM ☐ PARCIALMENTE ☐ NÃO
Informa a família sobre a hipoglicemia usando uma terminologia compreensível, adequada para o entendimento da família.	☐ SIM ☐ PARCIALMENTE ☐ NÃO
Acolhe, sem julgamentos, os sentimentos expressos pela família (angústia frente a possibilidade de hospitalização).	☐ SIM ☐ PARCIALMENTE ☐ NÃO
Verbaliza a necessidade de regulação médica, prepara a punção e pergunta à família quem deseja permanecer, explicando a terapêutica medicamentosa da criança.	☐ SIM ☐ PARCIALMENTE ☐ NÃO

Árvore de tomada de decisão



Apêndice E: Carta convite para público-alvo



CARTA CONVITE

Prezado (a) Senhor (a):

Meu nome é Karine Silva Fogaça, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Instituto Integrado de Saúde (INISA) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Junto com minha orientadora, Professora Dra. Maria Angélica, tenho o prazer de convidá-lo (a) a participar do estudo intitulado: **"EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA COM A PRESENÇA DA FAMÍLIA NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE CENÁRIO DE SIMULAÇÃO"**.

A presença da família durante o atendimento emergencial de crianças é reconhecida como benéfica por organizações internacionais, mas enfrenta restrições por parte dos profissionais de saúde e falta de protocolos específicos. Este estudo visa construir e validar um cenário de simulação clínica para socorristas em assistência emergencial pediátrica centrada na família, sensibilizando-os para a importância dessa abordagem no contexto pré-hospitalar móvel.

Trata-se de um estudo metodológico, composto por quatro etapas, a saber: revisão de escopo, desenvolvimento de uma intervenção educativa por simulação clínica para socorristas, validação do cenário de simulação e teste de aplicabilidade do constructo com público-alvo.

Gostaríamos de convidá-lo (a) a compor o grupo responsável pelo teste de aplicabilidade do cenário de simulação clínica. Inicialmente, será realizado a leitura e assinatura eletrônica do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) através do *Google Forms*: <https://forms.gle/iDq2idMQELsZZZ9N7>, em sequência preenchimento do instrumento de caracterização sociodemográfica e profissional. Todas as informações serão tratadas confidencialmente.

Posteriormente será realizada uma entrevista remota gravada, em data distinta da aplicação prática do cenário, que será coordenada pela autora. O piloto do cenário ocorrerá de forma presencial, apenas uma vez, no Laboratório de Habilidades em Enfermagem do INISA/UFMS, em data e horário previamente agendados.

Caso aceite nosso convite, o (a) Sr. (a) precisará de aproximadamente 10 minutos para leitura e preenchimento do TCLE e instrumento sociodemográfico, 20 minutos para a entrevista remota e cerca de 1 hora para a participação no cenário simulado.

Considerando o envolvimento de profissionais da assistência e do ensino, o cumprimento dos prazos para o envio das respostas é crucial para o bom andamento do estudo. Portanto, solicito que o prazo de **07 (sete) dias** após o recebimento seja respeitado.

Agradecemos desde já pela sua disponibilidade em compartilhar sua experiência e conhecimento para avaliar este instrumento. Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais necessários.

Atenciosamente,

Karine Silva Fogaça
Mestranda em Enfermagem – INISA/UFMS
Tel: +55 (67) 9. 9288-0577
E-mail: kafogacaufms@gmail.com

Profa. Dra. Maria Angélica Marchetti
Curso de Enfermagem - Instituto Integrado de Saúde
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul-Brasil
E-mail: mamarchetti@gmail.com

Apêndice F: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participantes do cenário simulado (TCLE₂)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convido você para participar, como voluntário, do projeto de pesquisa intitulado **“EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA COM A PRESENÇA DA FAMÍLIA NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE CENÁRIO DE SIMULAÇÃO”**, de responsabilidade dos pesquisadores Karine Silva Fogaça e Maria Angélica Marcheti.

O objetivo central do estudo é construir e validar um cenário de simulação clínica para socorristas em assistência emergencial pediátrica centrada na família, sensibilizando-os para a importância dessa abordagem no contexto pré-hospitalar móvel.

O presente termo foi desenvolvido conforme determinam as Resoluções nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e consoante a Carta Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS e aprovação do parecer consubstanciado CEP 6.852.503.

Este documento, denominado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tem por objetivo garantir os seus direitos e obrigações enquanto participante. Transmitido mediante um *link* no site *Google Forms*, a seleção da opção "aceito participar" é equiparada à sua assinatura. Caso concorde, devido à natureza não escrita deste registro, uma cópia deste documento será enviada para o endereço de *e-mail* fornecido e outra será direcionada ao pesquisador. Além disso, você receberá uma versão digitalizada do TCLE, contendo a assinatura eletrônica do pesquisador responsável. A permissão para dar início à pesquisa será válida a partir da assinatura, e você terá o direito de retirar o consentimento a qualquer momento durante a condução do estudo.

Trata-se de um estudo metodológico, composto por quatro etapas, a saber: revisão de escopo, desenvolvimento de uma intervenção educativa por simulação clínica para socorristas, validação do cenário de simulação e testagem associada a validação do constructo pelo público-alvo.

Gostaríamos de convidá-lo (a) a compor o grupo responsável pelo teste de aplicabilidade do cenário de simulação clínica. Inicialmente, será realizada uma entrevista remota gravada, em data distinta da aplicação prática do cenário, que será coordenada pela autora. O piloto do cenário ocorrerá de forma presencial, apenas uma vez, no Laboratório de Habilidades em Enfermagem do INISA/UFMS, em data e horário previamente agendados. Caso aceite nosso convite, o (a) Sr. (a) precisará de aproximadamente 20 minutos para a entrevista remota e cerca de 1 hora para a participação no cenário simulado.

Riscos e desconfortos: considera-se que esta pesquisa não acarreta riscos de natureza física aos participantes. É importante ressaltar que os procedimentos de coleta de dados não são agressivos ou nocivos à vida dos envolvidos. Em ambiente virtual, o principal risco identificado é o compartilhamento das imagens. Você poderá estar sujeito (a) a eventuais desconfortos durante a simulação, como constrangimento, aborrecimento e/ou pressão em relação a alguma pergunta ou ainda o desconforto em expor percepções e sentimentos sobre o atendimento, que

serão minimizados ou mesmo eliminados pelo fato de esta ser sigilosa e realizada em local privativo, cabendo a opção de não responder se assim o desejar, sem precisar se justificar. Os dados coletados durante o estudo serão utilizados exclusivamente para as atividades de pesquisa relacionadas a esta abordagem e não para fins de avaliação profissional ou pessoal. Ressalta-se que todas as providências serão tomadas durante a coleta de dados para garantir a privacidade e o anonimato dos participantes, conforme determinam as Resoluções nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Carta Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS.

Confidencialidade: você tem a garantia de que sua identidade e a confidencialidade das informações serão mantidas em sigilo durante todas as fases da pesquisa. Nenhuma informação será compartilhada com outras pessoas. As informações fornecidas serão utilizadas exclusivamente em publicações de artigos científicos e/ou na divulgação dos resultados deste trabalho em eventos científicos. Em nenhum momento, seu nome ou qualquer outro dado que possa identificá-lo será mencionado; será utilizada uma identificação codificada, como P1, P2, P3. Os dados escritos e outros documentos relacionados à pesquisa serão guardados sob a responsabilidade da pesquisadora deste estudo, por um período de cinco anos, em local de acesso exclusivo da pesquisadora. Apenas os pesquisadores deste estudo terão acesso aos dados coletados; mantendo, contudo, a confidencialidade necessária. O pesquisador arquivará o termo de consentimento, e, em nenhum momento, ele será apreciado por outras pessoas que não sejam da equipe de pesquisadores envolvida no estudo. Caso aceite participar, peço sua permissão para gravar o áudio e imagem; após a finalização das entrevistas será realizado *download* das gravações e serão salvas no computador do autor com acesso por senha, apenas o tempo necessário para transcrição, e mantidas apenas pelo tempo necessário para a transcrição. Se precisar de mais informações, poderei entrar em contato com você futuramente.

Benefícios: os benefícios da sua participação não são diretos, porém você poderá contribuir para ampliar o conhecimento sobre as perspectivas dos profissionais que utilizam a metodologia do CCPF em atendimento emergencial pediátrico, suas percepções relativamente ao modelo assistencial, e debater sobre modelo assistencial voltado para família conjuntamente com o paciente, suas aplicações e esclarecimentos de questões relacionadas ao assunto. Ainda podemos citar a produção de conhecimento científico, que poderá trazer benefícios de uma maneira geral à sociedade a partir da geração de mais dados e informações sobre esse assunto, podendo subsidiar com dados científicos debates ou até outras pesquisas relacionadas aos temas. Bem como na colaboração da educação permanente, fornecendo subsídios para equipe de enfermagem na construção de novas estratégias de atendimento no pré-hospitalar voltado para família das crianças, buscando uma assistência integral.

Pagamento e indenização: esta pesquisa não envolve financiamento e sua participação é totalmente voluntária. Deixamos explícito que não haverá qualquer despesa para você. No entanto, caso haja necessidade de despesas para deslocamento, ou uso de *internet* decorrentes de sua participação na pesquisa, esses serão totalmente ressarcidos pela pesquisadora. Além disso, em caso de danos decorrentes desta pesquisa, a pesquisadora garantirá a devida indenização, a ser definida conjuntamente, de acordo com o tipo de dano, conforme determina a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Acompanhamento: caso tenha dúvidas sobre as questões éticas ou outras perguntas sobre seus direitos como participante do estudo, você pode entrar em contato, independente, com Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS. O contato pode ser feito pelo telefone (67) 3345-7187 ou pelo e-mail cepconep.propp@ufms.br. O endereço é Cidade Universitária, Avenida Costa e Silva, s/n, Bairro Universitário, campus da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, prédio das Pró-reitorias "Hércules Maymone" - 1º andar, CEP 79070-900,

Campo Grande – MS, caixa postal 549. A divulgação dos resultados do estudo estará disponível por meio de artigos científicos, e você também receberá os resultados diretamente no *e-mail* cadastrado.

Contato com o pesquisador: se surgirem dúvidas sobre o desenvolvimento da pesquisa, como a realização das entrevistas ou qualquer outra informação, você pode esclarecê-las entrando em contato diretamente com o pesquisador pelos seguintes meios: telefone: (67) 3345-7768, *E-mail*: angelica.marcheti@ufms.br, Endereço: Cidade Universitária s/n. Unidade XII - Caixa Postal 549 - CEP: 79070-900 Campo Grande–MS - Brasil.

Liberdade de recusar ou retirar o consentimento: sua participação na pesquisa é voluntária, e você pode recusar-se a participar ou desistir a qualquer momento, sem que isso resulte em qualquer efeito negativo para você. Em caso de desistência, um e-mail será enviado para confirmar sua saída e garantir que seus dados não serão utilizados. Se desejar, você poderá ter acesso aos resultados da pesquisa, bastando solicitar aos pesquisadores responsáveis pelo estudo.

Você aceita participar?

Consentimento Livre e Esclarecido:

Declaro que compreendi os objetivos dessa pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios, envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa.

[] Li o TCLE e aceito participar da pesquisa.

Digite seu e-mail para que possamos enviar sua via do TCLE assinada pela pesquisadora responsável *: _____

_____ (Cidade/UF), ____ de _____ de ____.



Pesquisadora



Pesquisadora

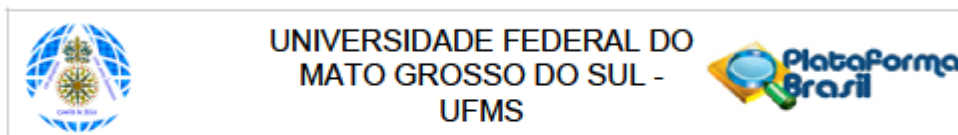
Anexo 1: Escala do *Design* da Simulação (EDS)

Escala do Design da Simulação

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 em quão importante este é para você.				
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 professor 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 autônoma 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 enfermagem.	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 professor, 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 se assemelhava 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 2: Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SIMULAÇÃO CLÍNICA: SENSIBILIZAÇÃO DE PROFISSIONAIS DO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL NO ATENDIMENTO EMERGENCIAL PEDIÁTRICO CENTRADO NA FAMÍLIA

Pesquisador: MARIA ANGÉLICA MARCHETTI

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 77292423.3.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Patrocinador Principal: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.852.503

Apresentação do Projeto:

De acordo com informações apresentadas pelo pesquisador:

"A presença da família de crianças durante atendimento emergencial tem sido reconhecida por organizações internacionais como benéfica, tanto para a criança quanto para a família. Entretanto, existem algumas restrições, especialmente por parte dos profissionais de saúde, e a sua inclusão fica a critério deles, não havendo nenhum protocolo de atenção direcionado à abordagem familiar. Neste contexto, relativamente ao atendimento pré-hospitalar (APH) móvel, prevalece a assistência tecnicista e restritiva. Diante dessa realidade, embasada nos referenciais teóricos da teoria da Aprendizagem Significativa (AS) e pressupostos do Cuidado Centrado no Paciente e Família (CCPF), modelo assistencial que norteia a prática da equipe com famílias; este estudo tem como objetivo avaliar o impacto de uma intervenção educativa pautada em Simulação Clínica (SC) na sensibilização de profissionais em contexto pré-hospitalar móvel no atendimento emergencial pediátrico centrado na família. Trata-se de um estudo quase-experimental, com avaliação pré e pós intervenção por meio de uma abordagem qualitativa, com delineamento de amostras temporais equivalentes, ou seja, um grupo único de comparação. A intervenção educativa acontecerá por meio de uma Oficina e sua construção fundamentada nas sete unidades de significância de Fabri (2017) e recomendações

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Ploneiros, Prédio das Pró-Reitorias, Hércules Maymone, 1º andar
Bairro: Ploneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 6.852.503

de dois construtos de Van Gelderen Family Care Rubric (2018): estilo de comunicação, e uso de terminologia. Para validação de conteúdo e aparência do constructo, utilizará o modelo psicométrico de Pasquali (2010), com instrumento específico em grupo focal, por juízes experts, a fim de análise estatística da validade e correção do constructo. Para confiabilidade será calculado o coeficiente de Kappa de Cohen. Pretende-se realizar a oficina com intuito de fornecer subsídios para sensibilização e capacitação de profissionais do APH móvel, com habilidades de abordagem à família da criança em atendimento de emergência."

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com informações apresentadas pelo pesquisador:

"Objetivo Primário:

Realizar uma intervenção educativa pautada em simulação clínica na sensibilização de profissionais em contexto pré-hospitalar móvel no atendimento emergencial pediátrico centrado na família.

Objetivo Secundário:

Mapear estudos sobre simulação clínica pautados no Cuidado Centrado no Paciente e Família voltados para o atendimento em Serviço Médico de Emergência. Desenvolver cenário de simulação clínica emergencial pediátrico fundamentado nos pressupostos do Cuidado Centrado no Paciente e Família para profissionais do APH móvel. Ofertar Oficina aos profissionais do APH por meio da estratégia de Simulação Clínica com cenário validado. Avaliar a eficácia da estratégia comparando pré-intervenção, pósintervenção."

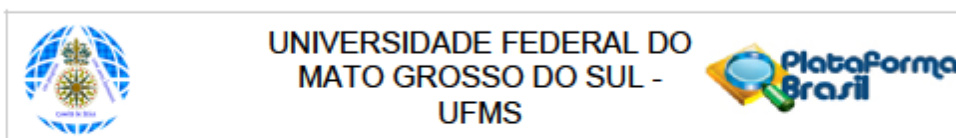
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o pesquisador:

"Riscos:

Os riscos são mínimos e residem na possibilidade dos juízes durante os procedimentos de coleta de dados, estarem sujeitos a eventuais desconfortos durante a entrevista e/ou simulação, como constrangimento, aborrecimento e/ou não entendimento em relação a alguma pergunta ou ainda o desconforto em expor percepções e sentimentos sobre a sua vivência, que serão minimizados ou mesmo eliminados por meio de esclarecimentos sobre a pergunta ou da interrupção do grupo, buscando o diálogo sobre o fato, portanto, não são agressivos ou nocivos à vida. Deixamos explícito que não haverá previsão de qualquer despesa financeira.

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros, Prédio das Pró-Reitorias, Hércules Maymone, 1º andar
Bairro: Pioneiros CEP: 70.070-900
UF: MS Município: CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 6.852.503

Porém, caso eventualmente ocorra alguma despesa (como deslocamento) decorrente de sua participação na pesquisa, a mesma será totalmente ressarcida pela pesquisadora no momento da entrevista, ou posteriormente. Além disso, em caso de danos decorrentes dessa pesquisa, a pesquisadora lhe garantirá devida indenização, a ser definida conjuntamente de acordo com o tipo de dano.

Benefícios:

Os benefícios da participação não são diretos, porém poderá contribuir para ampliar o conhecimento sobre as perspectivas dos profissionais que utilizam a metodologia do CCPF em atendimento emergencial pediátrico, suas percepções em relação ao modelo assistencial, e debater sobre modelo assistencial voltado para família conjuntamente com o paciente, suas aplicações e esclarecimentos de questões relacionadas ao assunto. Ajudará para que se compreenda um pouco mais sobre a utilização da SC para desenvolvimento de habilidades para profissionais do pré-hospitalar móvel pautados nos pressupostos do CCPC em atendimento emergencial pediátrico. Ainda podemos citar a produção de conhecimento científico, que poderá trazer benefícios de uma maneira geral à sociedade a partir da geração de mais dados e informações sobre esse assunto, podendo subsidiar com dados científicos debates ou até outras pesquisas relacionadas aos temas. Bem como na colaboração da educação permanente, fornecendo subsídios para equipe de enfermagem na construção de novas estratégias de atendimento no pré-hospitalar voltado para família das crianças, buscando uma assistência integral."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De acordo com o pesquisador:

"Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quase-experimental, com avaliação pré e pós intervenção por meio de uma abordagem qualitativa, com delineamento de amostras temporais equivalentes, ou seja, um grupo único de comparação (LOBIONDO-WOOD; HABER 2001; POLIT; BECK, 2019). "

"6.2 Local do estudo

A intervenção do estudo, ou seja, a Oficina de Simulação Realística (OSR) acontecerá presencialmente no Laboratório de Habilidades em Enfermagem (LHE), localizado no Instituto Integrado de Saúde (INISA) da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS), no campus

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros, Prédio das Pró-Reitorias, Hércules Maymone, 1º andar
 Bairro: Pioneiros CEP: 70.070-900
 UF: MS Município: CAMPO GRANDE
 Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: cepconeppropp@ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 6.852.503

da cidade universitária de Campo Grande. O espaço dispõe de um laboratório de saúde de alta fidelidade, dividido em duas salas, equipado com tecnologias que simulam o atendimento em seres humanos utilizado por estudantes da Faculdade de Medicina (FAMED) e dos Cursos de graduação e pós-graduação do INISA. A solicitação de agendamento para o laboratório será efetuada via e-mail ppgenfermagem.inisa@ufms.br sistema padrão do INISA/UFMS."

"O estudo será composto por profissionais oriundos da assistência, da pesquisa e do ensino superior, com experiência no atendimento pré-hospitalar móvel e serviço de emergência, observando os seguintes critérios de inclusão: brasileiro, experiência assistencial no APH móvel e/ou docente na área de emergência pelo menos 01 (um) ano, em curso ou título de especialista, mestre ou doutor na área emergencial.

Serão excluídos da pesquisa, profissionais que participaram da validação do cenário e: Pré-intervenção: não inscritos na OSR; Intervenção: não participantes da entrevista da fase pré-intervenção; Pós-intervenção: não participantes das fases anteriores."

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

o protocolo de pesquisa apresenta os seguintes termos:

- Folha de rosto;
- Projeto detalhado;
- Termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE A e B);
- Roteiro de entrevista;
- instrumento de coleta de dados

Recomendações:

Observar lista de pendências e inadequações.

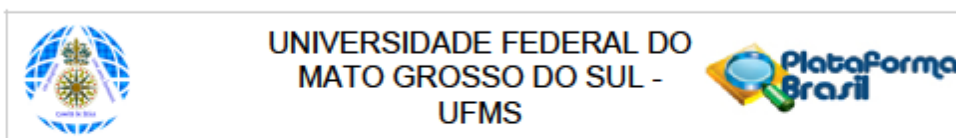
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O pesquisador realizou as adequações solicitadas no parecer anterior.

Considerações Finais a critério do CEP:

É de responsabilidade do pesquisador submeter ao CEP semestralmente o relatório de atividades desenvolvidas no projeto e, se for o caso, comunicar ao CEP a ocorrência de eventos adversos graves esperados ou não esperados. Também, ao término da realização da pesquisa, o pesquisador deve submeter ao CEP o relatório final da pesquisa. Os relatórios devem ser

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros, Prédio das Pró-Reitorias e Hércules Maymone, 1º andar
Bairro: Pioneiros CEP: 70.070-900
UF: MS Município: CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: cepconeppropp@ufms.br



Continuação do Parecer: 6.852.503

submetidos através da Plataforma Brasil, utilizando-se da ferramenta de NOTIFICAÇÃO.

Informações sobre os relatórios parciais e final podem acessadas em <https://cep.ufms.br/relatorios-parciais-e-final/>

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2267549.pdf	29/04/2024 11:18:48		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ApendiceTCLEA.pdf	29/04/2024 11:16:45	MARIA ANGÉLICA MARCHETI	Aceito
Outros	Cartaresposta.pdf	29/04/2024 11:13:09	MARIA ANGÉLICA MARCHETI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	29/04/2024 11:12:14	MARIA ANGÉLICA MARCHETI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ApendiceTCLAB.pdf	29/04/2024 11:10:49	MARIA ANGÉLICA MARCHETI	Aceito
Declaração de concordância	Declaracaodeconcordancia.pdf	29/04/2024 11:08:42	MARIA ANGÉLICA MARCHETI	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	20/12/2023 14:33:05	MARIA ANGÉLICA MARCHETI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPO GRANDE, 27 de Maio de 2024

Assinado por:
Fernando César de Carvalho Moraes
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros, Prédio das Pró-Reitorias, Hércules Maymone, 1º andar
Bairro: Pioneiros CEP: 70.070-900
UF: MS Município: CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: cepconep.propp@ufms.br