

**Simulação in situ como estratégia potencializadora da prática do acolhimento na
Atenção Primária a Saúde**

**In situ simulation as a strategy to enhance the welcoming practice in Primary Health
Care**

**La simulación in situ como estrategia para potenciar La práctica de acogida en Atención
Primaria de Salud**

Recebido: 04/09/2020 | Revisado: 13/09/2020 | Aceito: 17/12/2020 | Publicado: 21/12/2020

Jennifer Bazilio

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4926-7625>

Universidade Estadual de Campinas, Brasil

E-mail: jenniferbazilio@yahoo.com.br

Jessica de Aquino Pereira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6563-2960>

Universidade Estadual de Campinas, Brasil

E-mail: jessica.aquino@gmail.com

Maura Cristiane e Silva Figueira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9236-8299>

Universidade Estadual de Campinas, Brasil

E-mail: mauracsf@gmail.com

Eliete Maria Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7549-2677>

Universidade Estadual de Campinas, Brasil

E-mail: emsilva@unicamp.br

Resumo

Objetivo: Apresentar o desenvolvimento de simulações *in situ* como estratégia de ensino e aprendizagem para o desenvolvimento de equipes multidisciplinares na Atenção Primária. **Metodologia:** Este trabalho trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, referente ao desenvolvimento de simulações *in situ* realizadas na Atenção Primária, abordando o acolhimento realizado pelos profissionais do Sistema Único de Saúde, optou-se pelo uso de ator como paciente simulado. A amostra se deu por conveniência, totalizando 40 profissionais, em quatro Unidades Básicas de Saúde da região metropolitana de Campinas,

São Paulo, Brasil. Foi avaliado o fluxo de usuários na unidade, desde a abertura da ficha, passando pela triagem até o atendimento em si. Resultados: A avaliação da simulação foi positiva, refletindo bom aproveitamento e possibilitando melhor integração da equipe, entretanto demonstrou potenciais fragilidades no fluxo de atendimento. Conclusão: Esta experiência demonstrou-se como uma estratégia de ensino aprendizagem potencializadora da prática do acolhimento na Atenção Primária a Saúde e factível de ser replicada em demais serviços públicos de saúde.

Palavras-chave: Simulação de paciente; Sistema Único de Saúde; Ensino; Treinamento por simulação; Avaliação educacional; Educação permanente.

Abstract

Objective: To present the development of simulations in situ as a teaching and learning strategy for the development of multidisciplinary teams in Primary Care. **Methodology:** This work is a descriptive study, of the experience report type, referring to the development of in situ simulations carried out in Primary Care, addressing the welcoming performed by professionals of the Unified Health System, we chose to use an actor as simulated patient. The sample was made for convenience, totaling 40 professionals, in four Basic Health Units in the metropolitan region of Campinas, São Paulo, Brazil. To better assess the flow of users in the unit, from the opening of the form, through screening to the service itself. **Results:** The evaluation of the simulation was positive, reflecting good performance and enabling better integration of the team, however it demonstrated potential weaknesses in the service flow. **Conclusion:** This experience proved to be a teaching-learning strategy that enhances the practice of welcoming in Primary Health Care and is feasible to be replicated in other public health services.

Keywords: Patient simulation; Unified Health System; Teaching; Simulation training; Educational measurement; Education continuing.

Resumen

Metodología: Este trabajo es un estudio descriptivo, tipo relato de experiencia, referido al desarrollo de simulaciones in situ realizadas en Atención Primaria, atendiendo a la acogida realizada por profesionales del Sistema Único de Salud, se optó por utilizar un actor paciente simulado. La muestra se realizó por conveniencia, totalizando 40 profesionales, en cuatro Unidades Básicas de Salud de la Región Metropolitana de Campinas, São Paulo, Brasil. Se evaluó el flujo de usuarios en la unidad, desde la apertura del formulario, pasando por el

criado hasta el propio servicio. Resultados: La evaluación de la simulación fue positiva, reflejando un buen desempeño y permitiendo una mejor integración del equipo, sin embargo demostró posibles debilidades en el flujo de servicios. Conclusión: Esta experiencia resultó ser una estrategia de enseñanza-aprendizaje que potencia la práctica de la acogida en Atención Primaria de Salud y es factible de ser replicada en otros servicios de salud pública.

Palabras clave: Simulación de paciente; Sistema Único de Salud; Enseñanza ; Entrenamiento simulado; Evaluación educacional ; Educación continua.

1. Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) representa uma grande conquista popular da Constituição de 1988, e trouxe avanços na estruturação dos processos de financiamento, nas políticas públicas de saúde e gestão, porém ainda encontramos fragilidade nas dimensões ligadas aos processos de qualidade (Pinto & Sousa, 2012). Na busca em preencher tal lacuna o Ministério da Saúde (MS) lançou a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde (PNH) que vem a agregar uma dimensão qualitativa de gestão e de cuidado, onde o acolhimento representa uma das principais diretrizes (Brasil, 2013).

O acolhimento deve ser realizado em todos os níveis de atenção à saúde, principalmente na atenção primária, sendo este a porta de entrada dos usuários ao sistema de saúde, se inserindo na perspectiva do modelo assistencial, onde busca-se respostas compatíveis às necessidades de saúde da população, procurando estabelecer uma relação de vínculo e confiança entre os profissionais e usuários, em resoluções conjuntas das necessidades de saúde garantindo assim o direito a integralidade e a universalidade da população ao SUS (Pinto & Sousa, 2012).

É preciso adotar o conceito de acolhimento, no entanto é complexo e necessita ser exercido através de uma postura ética, resultando na escuta qualificada em relação às diversas demandas dos usuários, Deve-se esclarecer que o acolhimento não faz parte de um sistema burocrático com data e local para que possa ser desenvolvido, e sim dependente do posicionamento de quem está acolhendo para que seja desenvolvido de uma maneira singular a cada cliente, possibilitando cuidado integral que vise a continuidade por meio da formação de vínculo (Martins, Paula, Cardoso, Borges & Botelho, 2019).

Mesmo após a prática de acolhimento ser difundida pelos serviços de saúde, muitos profissionais tendem a compreender o ato de acolher vinculado ao atendimento médico

centrado, voltado para uma postura em busca de sinais e sintomas físicos, sendo que a escuta qualificada fica em segundo plano.

Alguns aspectos são definidores no processo de acolhimento: a universalidade, a humanização no processo de escuta qualificada e a equipe multiprofissional (Marques et al., 2018). O treinamento de profissionais voltado ao acolhimento já é muito difundido, porém nos cabe um olhar técnico a tal prática. Em um contexto geral podemos caracterizá-lo como sendo uma das habilidades não técnicas (HNT) mais realizadas por profissionais da saúde na Atenção Básica (Mori & Oliveira, 2014).

As HNT são utilizadas na aviação desde os anos de 1990 em programas de formação baseados em simulação, estimulando a tomada de decisão ou resolução de problemas, liderança, trabalho em equipe, resolução de conflitos, comunicação e a gestão do estresse (Carvalho, 2016; Pires et al., 2018).

Para desempenho eficaz na abordagem ao cliente, é imprescindível que os profissionais da saúde desenvolvam habilidades além da clínica e técnicas padrão, mas também HNT, uma vez que os desafios no cuidado dentro da grande dimensão da Atenção Primária (APS), não se restringem apenas às necessidades clínicas (Pires et al., 2018).

A fim de proporcionar aos profissionais da saúde uma formação baseada nas diretrizes da PNH, com ênfase no acolhimento, torna-se essencial dispor de ferramentas e métodos que propiciem a execução dessas habilidades de forma reflexiva, crítica e factíveis na estrutura do SUS. Assim nos questionamos se a simulação realística atenderia essa necessidade de formação, visto que no campo da APS o método é mais utilizado em treinamentos onde a necessidade de habilidades técnicas se sobressai as não técnicas.

A literatura nos contempla com exemplos exitosos (Matos, Martins & Martins, 2020; Nicolaidis, et al., 2019; Griffin et al., 2019; Halls, Kanagasundaram, Lau-Walker, Diack & Bettles, 2019) de ensino que reforçam o emprego de simulações na formação de profissionais para HNT, em mais variados cenários e distintos graus de complexidade, como naquelas citadas pela PNH, na tangente do desenvolvimento da comunicação com o paciente, nas relações interprofissionais, trabalho em equipe, comunicação de más notícias, questões éticas, conflitos interprofissionais. No ensino auxiliando no desenvolvimento do raciocínio e julgamento clínico por aproximar a teoria da prática, colaborando para a formação de profissionais críticos e reflexivos mais preparados para atuarem nos problemas atuais do cotidiano (Carvalho, 2016 ; Rodrigues, 2020).

A prática da simulação como método de aprendizado se demonstra muito eficiente, porém encontramos uma lacuna na literatura nacional ao se buscar por artigos científicos que

relatem esta prática *in situ*, ou seja, no local de trabalho onde as práticas de saúde ocorrem no mesmo ambiente de realização das ações dos profissionais de saúde. As ocorrências de cenários *in situ* na literatura internacional não se assemelham a realidade local do sistema de saúde brasileiro (Halls, Kanagasundaram, Lau-Walker, Diack & Bettles, 2019).

Assim dada a relevância do assunto e na perspectiva de refletir sobre a relação entre ensino e pesquisa em ambientes de trabalho no SUS, este estudo tem como objetivo relatar a experiência de pesquisa da simulação *in situ* para o desenvolvimento de equipes multidisciplinares na APS envolvidos no acolhimento dos usuários do SUS.

2. Metodologia

Percurso metodológico

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, referente ao desenvolvimento de oficinas realizadas na APS, abordando o acolhimento dos profissionais do SUS. Foi realizado em um município da região metropolitana de Campinas, São Paulo, Brasil, em quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS), envolvendo profissionais das seguintes categorias: enfermeiros (8); técnicos de enfermagem (14); auxiliares de enfermagem (2); farmacêutico (3) e apoio administrativo (13), este último por ser parte integrante do acolhimento no ambiente de estudo. O número de participantes se deu por conveniência, ou seja, todos os profissionais disponíveis no momento da pesquisa, envolvidos no acolhimento no momento da simulação *in situ*, sendo eles participantes ativos no cenário ou espectadores da dinâmica. Não houve desistências na participação do estudo pelos participantes antes ou após a simulação, totalizando 40 profissionais.

A maioria dos participantes era do sexo feminino (87,5%), com idade média de 41,5 (DP=10,23) anos, sendo as idades mínimas de 25 e máxima de 67 anos. O tempo de atuação na APS foi: 65,0% participantes com dez ou mais anos e 35,0% com dois a seis anos de atuação na APS. Quanto à formação, 42,5% cursaram nível superior.

Todo desenho da simulação *in situ* foi elaborado pensando nas características de cada uma das UBS. O caso foi discutido com a coordenação de enfermagem para que fosse o mais similar possível com a realidade do caso em que os profissionais se deparam ao longo dos atendimentos. Quanto a complexidade da resolução do caso optou-se por um caso clínico de manejo simples, porém que necessitava de grande atenção do profissional por ser repleto de

componentes que facilitariam o raciocínio clínico, a utilização de HNT e estimulariam a discussão entre os profissionais.

A escolha da temática sobre o acolhimento ocorreu após oficinas realizadas com os trabalhadores da APS, momento no qual objetivava a participação ativa dos profissionais, para este fim utilizamos a técnica do World Café (Bazilio, Pereira, Figueira & Silva, 2020). Para execução da simulação *in situ* nas UBS utilizamos o indicado para treinamentos de humanização no SUS da PNH (Brasil, 2017), que nos serviu de apoio para a teorização.

Com a construção do desenho da simulação *in situ* elaborado, iniciamos a primeira etapa: enviamos o material da PNH (Brasil, 2013, 2017) as UBS por e-mail. A PNH-efetiva os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, valorizando tanto os usuários usuário quanto os trabalhadores, incentivo às redes, promovendo rodas de conversa e movimentos sociais, sendo o acolhimento aos usuários parte fundamental de sua estrutura. Deste material realizamos um compilado para discussão com os profissionais e solicitando que o gestor local replicasse o conteúdo do material com os profissionais. No conteúdo do corpo *email*, explicávamos que ocorreria uma atividade que abordaria o acolhimento, agendando os dias da semana e horário que cada UBS receberia a equipe, porém sem especificação da estratégia a ser utilizada, se seria uma simulação ou sobre a participação de uma atriz no cenário.

Para a construção do cenário nos baseamos no modelo proposto pela *National League for Nursing* (NLN) in *Jeffries Simulation Theory* (Jeffries, 2020), que indica elementos essenciais nesta construção tais como: a definição dos objetivos, a fidelidade, a resolução de problemas, o suporte necessário por parte do instrutor e o *debriefing*; uma ferramenta educacional com base nos princípios da teoria da aprendizagem de adultos, utilizando um evento real a fim de gerar uma reflexão crítica referente à prática vivenciada

Algumas semanas antes da oficina realizamos o treinamento da atriz, com várias encenações das possibilidades de encaminhamentos ou questionamentos. Na escolha da atriz procuramos uma profissional com formação na saúde e artes cênicas, que ampliou o realismo das cenas. Outro fator que contribuiu com o realismo foi o fato de ela também ser profissional da saúde, pois conseguiu demonstrar com mais fidelidade o comportamento idealizado no momento do cenário para alcance dos objetivos.

Este trabalho foi desenvolvido com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Os procedimentos éticos foram respeitados em todos os momentos da pesquisa, sendo considerada a Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que subsidia as questões éticas para o desenvolvimento de pesquisa

envolvendo seres humanos. Entre a preparação e execução decorreram quatro meses, entre Outubro de 2018 a Janeiro de 2019.

Contexto da pesquisa

A idealização das simulações *in situ* ocorreu pela observação da pesquisadora e por evidências realizadas na exploração do campo, onde foram realizadas buscas documentais, estudos sobre tipologia das unidades, perfil sócio demográfico das equipes interprofissionais, diagnóstico e planejamento situacional da Educação Permanente (EP). Encontramos registros de trabalhos realizados pela equipe de EP, sobre a assiduidade e participação dos profissionais, que evidenciamos os métodos utilizados nas capacitações, treinamentos e oficinas. Tais documentos demonstravam preferência pelos métodos ativos, realizados na prática, principalmente aqueles *in situ*, como mais eficazes para seu aprendizado.

Para escolha dentre as unidades possíveis de realizarmos as oficinas, utilizamos a classificação de unidades pelo segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), especificamente as classificadas com a tipologia 3. Estas Unidades são diferenciadas pela sua capacidade de oferta de profissionais nas equipes, sendo essa tipologia a mais predominante no país, o que nos leva a acreditar que a reprodução desta experiência é possível nas mais variadas unidades de saúde no Brasil (Bousquat et al., 2017).

Assim iniciamos com o planejamento de como seria possível tal prática dentro das unidades básicas selecionadas, agrupando profissionais ao mesmo tempo e local sem comprometer a assistência e preservando a metodologia necessária para os cenários de simulação.

Para que as simulações fossem executadas foi necessário o total apoio da gestão, que já conhecia a natureza da pesquisa, e compreendia que a aplicação dos resultados obtidos nesta ação seria de grande valia para qualificação do atendimento aos usuários.

3. Resultados e Discussões

O caso consistiu no atendimento de uma paciente (atriz) conforme Quadro 1. Foi utilizado o ambiente de atuação dos profissionais com os mesmos recursos físicos e materiais da própria UBS.

Quadro 1: Cenário de simulação baseado no modelo proposto pela National League for Nursing.

Cenário – Acolhimento		
Público Alvo	Profissionais das UBS: enfermeiro, farmacêutico, técnicos e auxiliar de enfermagem.	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar a escuta qualificada. • Comunicar-se com a usuária. • Comunicar-se com a equipe de saúde. • Compreender as noções de acolhimento segundo PNH. • Estimular o raciocínio clínico. 	
Nível de Complexidade: Média	Fidelidade: Alta	Tempo do cenário: De 10 a 15 minutos.
Caracterização	Paciente padronizado (ator), roupas simples, sem maquiagem.	
Recursos necessários	Mobilha do cenário <i>in situ</i> .	
Caso:	Usuária M. do sexo feminino, 21 anos, chega na unidade com sua receita de omeprazol vencida e procura a farmácia. A mesma precisa de medicação para dor epigástrica há 4 dias e não possui mais medicamentos em casa. Refere estar nervosa pois perdeu o emprego e terá de voltar a morar com seus pais, o que não é seu desejo. Preciso sair de São Paulo, onde residia e voltar ao município, por ter uma relação familiar complicada no passado com os familiares, desde então tem ficado na casa de parentes diferentes toda semana.	
Medicamentos em uso	<ul style="list-style-type: none"> • Omeprazol 	
Sinais e sintomas	<ul style="list-style-type: none"> • Dor epigástrica. • Náuseas. 	
Ações esperadas	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar-se a cliente. • Demonstrar empatia. • Ser solícito. • Realizar escuta qualificada. • Escutar, demonstrando interesse ao que é dito. • Realizar questionamentos necessários para andamento do caso. • Procurar auxílio dos demais profissionais da equipe. • Raciocínio clínico. 	
Guia de pistas para atriz	<ul style="list-style-type: none"> • Insistir na troca de receita médica. • Se for dispensada por algum profissional insistir para “passar com alguém que possa me ajudar”. • Demonstrar mais tristeza e confusão, do que dor. • Dar ênfase na história e nas constantes mudanças. 	
Debriefing	<ul style="list-style-type: none"> • Estágio emocional: Como você se sentiu atendendo este paciente? • Estágio descritivo: Você poderia descrever o caso do paciente? • Estágio avaliativo: Quais foram ações positivas que realizou? • Estágio analítico: O que você faria de diferente se tivesse outra oportunidade? • Estágio conclusivo: O que você leva de aprendizado desta experiência para sua prática profissional? 	

Fonte: Autores (2019).

O cenário foi dividido em tempos, onde a atriz procura a farmacêutica para apresentar a receita vencida. Pela dinâmica estudada da unidade esperávamos que fosse acolhida pela farmacêutica e reconduzida ao acolhimento com os profissionais da enfermagem, passando pela recepção, sendo posteriormente atendida pelo técnico ou auxiliar de enfermagem e enfermeiro. Optamos por não revelar aos profissionais que se tratava de uma atriz, assim poderíamos observar como a dinâmica de acolhimento ocorre em um contexto real sem vieses no atendimento causados pela presença da pesquisadora.

No dia e horário marcados, nos dividimos. A pesquisadora foi até a sala disposta ao treinamento agendado. Neste mesmo momento a atriz foi introduzida em meio ao público que aguardava na recepção para o acolhimento. Neste modelo seguimos com a simulação.

Quando alcançássemos o objetivo da simulação o cenário foi encerrado, todos os profissionais eram chamados a sala de reuniões, momento em que revelávamos que se tratava de uma atriz, ela se apresentava aos profissionais e realizávamos o *debriefing*.

No *debriefing* discutíamos sobre as experiências vividas frente a simulação, para tal utilizamos o referencial teórico de Gibbs (1988), que aborda o estágio emocional, descritivo, avaliativo, analítico e conclusivo dos participantes. Todos os profissionais foram acolhidos de acordo com suas dúvidas e sentimentos experimentados, com o objetivo de pontuar questões relacionadas à auto avaliação, aos sentimentos, conhecimentos adquiridos e à satisfação por participar desse cenário.

Ao término, os profissionais referiram que o cenário elaborado reproduziu adequadamente uma situação real de atendimento, principalmente pela atuação com paciente padronizado (quando utiliza-se ator no lugar do paciente) e a sua interação com os participantes. Esses elementos favoreceram que os profissionais alcançassem os objetivos e desenvolvessem o raciocínio clínico para encaminhamento e conduta adequada durante o acolhimento. Ao final do *debriefing*, os relatos evidenciaram a satisfação com o conjunto de estratégias utilizadas para a aprendizagem.

Levando em consideração a relação de confiança que o usuário deposita nos profissionais das UBS, desde a recepção até as salas de atendimento, todos devem estar capacitados a exercer o acolhimento, conseqüentemente todos os profissionais que estão presentes contribuem para proporcionar uma escuta humanizada e singular. Estes profissionais devem incentivar que o usuário esteja a frente em relação ao cuidado que lhe será prestado, acarretando o reconhecimento, estimulando seu protagonismo no processo saúde e doença e sua responsabilização pelo tratamento, ativando redes de compartilhamento de saberes. Em busca do aprimoramento dos profissionais são elaboradas diferentes

estratégias de aprendizado, e neste estudo, utilizamos a simulação *in situ* (SIS), introduzida na educação de profissionais nos últimos dez anos e por muitos é discutida como uma mistura de simulações em ambientes de trabalho que fortalece treinamentos de pessoas onde estas realmente atuam (Sørensen et al., 2017).

Vários são os elementos que compõe o cenário em uma simulação *in situ*. O facilitador deve estar atento aos componentes externos, como profissionais passando, pacientes abordando os profissionais, e possíveis ocorrências no momento de simulação que não é possível ao facilitador controlar.

Para o bom andamento e sucesso na execução de uma SIS os objetivos de aprendizado devem estar muito bem definidos, sendo cruciais no *design* dos cenários. Quando bem organizados são capazes de trabalhar atividades individuais (habilidades cognitivas, tomada de decisão e tópicos ligados a clínica), ou em grupo (cooperação e trabalho em equipe).

A padronização de um guia ou escalas que possam garantir fidelidade e assertividade das ações em simulação pode colaborar na garantia da obtenção padrões de qualidade em sua execução, independentemente do local a se realizar a simulação, devemos nos atentar ao uso (Sørensen et al., 2017). Assim buscamos avaliar nossas ações utilizando as ações descritas no Quadro 1.

Nas SIS, principalmente nas não anunciadas, que se refere as simulações sem aviso prévio, se requer um planejamento multifacetado e bom suporte de gerenciamento estabelecido com cooperação entre os planejadores e a gestão do serviço ou departamento. Anteriormente à execução é necessária a realização de reuniões entre representantes e devem envolver ativamente os profissionais de todos os grupos de saúde para melhor planejamento de simulações multiprofissionais. Devemos desenvolver simulações que proporcionem a cada grupo de profissionais um papel importante a desempenhar, envolvendo a incorporação de objetivos de interesse ao grupo (Sørensen et al., 2017; Freund, Andersen, Meyhoff, & Sørensen, 2019; Rosen, Hunt, Pronovost, Federowicz & Weaver, 2012).

O planejamento para equipe multiprofissional tende a ser meticulosamente planejado, pois ao abordamos questões técnicas com profissionais de diversas categorias a equipe de apoio deve conter profissionais destas categorias de forma a responder as necessidades que possam vir a surgir durante a simulação. Assim no caso do serviço ou equipe não dispor destes profissionais, os objetivos de aprendizagem devem ser comuns entre as categorias ou universal na conduta, sendo mais bem aproveitados quando tratam de questões como HNT, ou

no campo organizacional vindo a contribuir com gestores em testes de novos fluxos, práticas ou serviços adicionais (Carvalho, 2016).

Podemos observar que no caso utilizado não foi necessário grandes adequações nos equipamentos médicos no cenário. Quando a SIS decorrer de casos onde a utilização de monitores, oxímetros, desfibriladores entre outros, vier a compor o cenário, estes devem ser preparados anteriormente e muitas vezes trocados pelos simuladores. Nos casos de uso de manequins o ambiente deve proporcionar espaço e condições para sua utilização, tendo em vista que os simuladores mesmo que portáteis, requerem a capacidade de no mínimo um compressor, assim, a necessidade de transportar, configurar e desmontar o equipamento torna-se imprescindível e muitas vezes inviável (Sørensen et al., 2017; Freund, Andersen, Meyhoff, & Sørensen, 2019; Rosen, Hunt, Pronovost, Federowicz & Weaver, 2012).

A peculiar característica de a SIS ocorrer em ambientes reais nos traz a vantagens na percepção de inconformidades técnicas e fluxos internos com possíveis problemas ou até mesmo práticas de difícil execução, pois a realidade do trabalho demonstra-se na relação dos profissionais durante a realização da simulação, o que torna esta prática muito útil para a gestão principalmente na implantação de novos programas ou mudanças nas rotinas e funcionamento das UBS. Isso nos tornou possível observar situações passíveis de mudanças simples, como adequações no fluxo de atendimento e na recepção dos usuários (Rosen, Hunt, Pronovost, Federowicz & Weaver, 2012 ; Barros Salvador, Toniosso, Nogueira, & Laredo, 2019).

Foi verificada a carência de treinamento da equipe de recepção em valorizar queixas dos pacientes, o que ocasionou a demora na abertura da ficha antes da triagem até o atendimento, e o encaminhamento do paciente ao hospital e pronto socorro sem avaliação prévia de um profissional técnico como o médico ou o enfermeiro, neste momento foi necessário o encerramento do cenário. Segundo nossos objetivos e o *design* do cenário, o ideal seria que a paciente fosse ouvida e acolhida pela equipe daquela UBS, sem ser encaminhado para outra instituição.

Outra forma muito utilizada da SIS, é o atendimento de urgências nas UBS, pelo fato destas ocorrências serem pouco frequentes e os profissionais tendem a ter dificuldades com a exigência emocional e técnica nestas situações, demonstrando fragilidades principalmente na organização profissional em conformação como equipe. As HNT também são frequentemente treinadas por SIS, em seu desenvolver os profissionais conseguem perceber claramente o envolvimento e dificuldades que apresentam frente aos cenários que possibilita a reflexão

constante dentro dos cenários, no *debriefing* e posteriormente ao repetir a experiência vivida no cenário em cenas reais de seu cotidiano (Garden, Le Fevre, Waddington & Weller, 2015).

Durante o *debriefing*, observamos a este respeito que as premissas constituídas estavam implícitas de maneira aberta entre os profissionais ao relatar seu envolvimento intenso com o caso e sua visão sobre o que entendiam como acolhimento, demonstrando um componente emocional envolvido com o aprendizado. Esse padrão foi consistente em todos os participantes independente das categorias profissionais e da forma que expressavam isso em discurso. Hora variou entre compartilhar suas reflexões, hora seu referencial de apoio. Em ambos os momentos foi clara a mudança do paradigma, que antes baseava o acolhimento no ato de encaminhar o paciente ao enfermeiro para conquista de uma vaga médica, agora surge como afirmação da necessidade de escuta (Garden, Le Fevre, Waddington & Weller, 2015).

No *debriefing* podemos observar em nosso estudo que alguns participantes demonstraram-se incomodados, um pouco estressados e descontentes no momento que revelamos a identidade da atriz, porém ao retomarmos os objetivos e afirmarmos que estariam livres em não participar do estudo, todos se mostraram favoráveis em prosseguir. Tal observação corrobora com estudo de revisão (Hunt, Curtis & Gore, 2015; Freund, Andersen, Meyhoff, & Sørensen, 2019) relatando que alguns indivíduos que participaram da SIS não anunciada sentiram-se intimidados e consideravam estressante e desagradável, apesar de todos os funcionários terem sido informados que uma SIS não anunciada ocorreria dentro de um período específico.

Entendemos que esse desconforto ocorreu pela exposição das atitudes e condutas tomadas frente ao caso, neste momento o instrutor deve ter habilidade na condução da simulação de forma que os participantes compreendam que não estão sendo julgados e suas ações são oportunidades de aprendizado para si e para equipe; fator que demonstra importância dos programas de treinamento para instrutores de simulação (Sørensen et al., 2017). É necessário um cuidado especial quando um participante demonstra um desempenho ruim e retornara às atividades de cuidados ao paciente. Um acompanhamento adicional por parte da Educação Permanente e da gestão pode ser apropriado. Em circunstâncias onde efeitos psicológicos do mau desempenho podem afetar o participante e o manejo experiente do instrutor pode fazer toda a diferença na atuação do profissional.

No estudo de Sørensen et al.(2017), os participantes tenderam a apresentar uma forte preferência por simulações em que desempenhem os seus reais papéis na equipe, descrevendo experiências anteriores onde assumiam papeis diferentes até mesmo na hierarquia do trabalho,

como negativas, argumentando que sentiam seus papéis muito caricatos e que tal posição não contribuía para a aprendizagem.

A literatura nos demonstra (Freund, Andersen, Meyhoff, & Sørensen, 2019 ; Rosen, Hunt, Pronovost, Federowicz & Weaver, 2012 ; Barros Salvador, Toniosso, Nogueira, & Laredo, 2019 ; Garden, Le Fevre, Waddington & Weller, 2015 ; Hunt, Curtis & Gore, 2015) que a simulação ocorre em ambiente protegido possibilitando que os envolvidos possam demonstrar seu conhecimento de forma livre, sem preocupações em cometer erros que possam causar danos aos pacientes envolvidos, visto que utilizamos de manequins neste lugar. Na utilização da SIS, de forma a garantir a segurança dos participantes e dos pacientes que venham a utilizar o serviço posteriormente a simulação, atentamos quanto ao cuidado no preparo do cenário, considerando a possibilidade de que seja necessário a utilização de medicações ou equipamentos, estes devem estar muito bem identificados evitando que ocorra uma mistura e os mesmos possam ser utilizados em situações reais, fator que não foi preocupante em nossa experiência devido a característica da simulação e objetivos traçados.

Ainda considerando a segurança em ambientes de simulação, a afirmação acima pode ser contestada ao realizar-se uma SIS, já que o ambiente não poderá ser totalmente controlado como em laboratórios de simulação, devido a exposição às ações do próprio local. O controle do ambiente tende a ser um dos maiores desafios ao se planejar uma SIS, o controle ineficaz do ambiente vem a ser a maior causa de cancelamentos reportados em SIS principalmente nas não anunciadas, chegando a 28% a 67% das simulações realizadas nesta modalidade (Sørensen et al., 2017).

A SIS não anunciada não deve representar qualquer risco para os pacientes, o que significa que, em certos casos, parte da equipe deve continuar com as atividades enquanto os cenários são rodados. O que inviabiliza o elemento “surpresa” para segunda equipe, já que ambas equipes estariam se comunicando e trocando informações sobre o cenário. Lembrando que o componente surpresa nos garante a naturalidade do profissional no atendimento, sendo suas ações espontâneas e livres do componente avaliativo muitas vezes sentidos pelos profissionais quando participam de simulações.

A utilização de SIS para aprimoramento de profissionais no SUS é uma boa alternativa de aprendizado, onde muitos municípios carecem de investimentos financeiros dedicados a este segmento pois, é uma estratégia de treinamento promissora e econômica para abordar muitos dos desafios contemplados na APS, reunindo problemas críticos relacionados ao cuidado do paciente de forma a maximizar melhorias tangíveis no trabalho em equipe multidisciplinar.

A avaliação da simulação foi positiva, refletindo bom aproveitamento e possibilitando melhor integração da equipe. Esta é uma vantagem potencial da SIS comparada à simulação em centros de simulação: a possibilidade de treinar equipes que atuam juntas em seu ambiente de trabalho.

4. Considerações Finais

Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde, é preciso ativar redes de compartilhamento de saberes, o trabalho multiprofissional e capacitações para que todos estejam aptos ao acolher, proporcionando devolutiva para a sociedade, melhorando a qualidade de vida e aproximando os usuários ao sistema de saúde. Para que isso ocorra é crucial a integração da APS e demais serviços, além de equipe de saúde qualificada, o plano de cuidados e a gestão são elementos serem fundamentais para o sucesso da assistência.

Considerando o acolhimento como uma dimensão política, pois implica em um compromisso coletivo de potencializar nas relações a autonomia e protagonismo do sujeito, este deve ser priorizado na organização dos processos de trabalho para que não se torne uma triagem burocrática, mas sim um ambiente de relação que facilite o sentimento de pertencimento.

O acolhimento deve ser também interpretado como um dispositivo relacional, e quando articulado ao estabelecimento de vínculo entre trabalhadores, usuários e gestores, aumentam possibilidades de uma maior humanização do cuidado, que permitam receber, escutar e tratar as demandas com o estabelecimento de uma relação de confiança e apoio, que exige a articulação dos saberes da equipe multiprofissional, a fim de construir e articular respostas às necessidades identificadas nos casos acolhidos, viabilizando o cuidado incondicional e criando condições adequadas para a manutenção da saúde e o cuidado integral.

Para o alcance de respostas humanas tão profundas em treinamentos, aproximar-se de sentimentos e experimentações torna-se necessário para um processo efetivo de aprendizado, visto que o método de simulações consegue atingir este objetivo, este se torna factível de ser replicado e reproduzido em demais serviços públicos de saúde.

Esta experiência com simulação *in situ*, até onde pudemos determinar, tem sido uma das metodologias mais eficazes de aprendizagem e capacitação. É uma evolução do trabalho

realizado no centro de simulação, que permitiu avaliar a equipe de saúde em seu ambiente de trabalho diário.

Referências

Bazilio, J., Pereira, J. D. A., Figueira, M. C., & Silva, E. M. (2020). Gerando conversas significativas: World Café no planejamento estratégico interprofissional em Educação Permanente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(5) e20190279.

Bousquat, A., Giovanella, L., Fausto, M. C. R., Fusaro, E. R., Mendonça, M. H. M. D., Gagno, J., & Viana, A. L. D. Á. (2017). Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. *Cadernos de Saúde Pública*, 33, e00037316.

Brasil. (2013). *Política Nacional de Humanização do SUS (PNH)*. Brasília-DF. 2013. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf

Brasil. (2017). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *A experiência da diretriz de Ambiência da Política Nacional de Humanização – PNH* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.

De Barros S.C. A., Toniosso, J. P., Nogueira, L. D. P., & Laredo, S. P. (2019). Simulação realística, estratégia metodológica para a formação de profissionais na área da saúde: Uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Educação e Saúde*, 9(4), 58-64.

Carvalho, E. C. (2016). Um olhar para as habilidades não técnicas do enfermeiro: contribuições da simulação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, 1-2.

Freund, D., Andersen, P. O., Svane, C., Meyhoff, C. S., & Sørensen, J. L. (2019). Unannounced announced in situ simulation of emergency teams: Feasibility and staff perception of stress and learning. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 63(5), 684-692.

Garden, A. L., Le Fevre, D. M., Waddington, H. L., & Weller, J. M. (2015). Debriefing after simulation-based non-technical skill training in healthcare: a systematic review of effective practice. *Anaesthesia and Intensive Care*, 43(3), 300-308.

Gibbs, G. (1988). Learning by doing: A guide to teaching and learning methods. *Further Education Unit*. FEU, London.

Griffin, C., Aydın, A., Brunckhorst, O., Raison, N., Khan, M. S., Dasgupta, P., & Ahmed, K. (2019). Non-technical skills: a review of training and evaluation in urology. *World Journal of Urology*, 38, 1653–1661.

Halls, A., Kanagasundaram, M., Lau-Walker, M., Diack, H., & Bettles, S. (2019). Using in situ simulation to improve care of the acutely ill patient by enhancing interprofessional working: a qualitative proof of concept study in primary care in England. *BMJ open*, 9(7), e028572.

Hunt, C. W., Curtis, A. M., & Gore, T. (2015). Using simulation to promote professional development of clinical instructors. *Journal of Nursing Education*, 54(8), 468-471.

Jeffries, P. (2020). *Simulation in nursing education: From conceptualization to evaluation*. Lippincott Williams & Wilkins, New York.

Marques, J. F., Áfio, A. C. E., Carvalho, L. V. D., Leite, S. D. S., Almeida, P. C. D., & Pagliuca, L. M. F. (2018). Acessibilidade física na atenção primária à saúde: um passo para o acolhimento. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39, e2017-0009.

Martins, A. C. T., Paula, A. P. D., Cardoso, J. R., Borges, M. I. G., & Botelho, M. B. (2019). O Projeto Acolhe SUS na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 2095-2103.

Matos, F. M., Martins, M. R., & Martins, I. (2020). Non-technical skills progression during anesthesiology residency in Portugal: the impact of a National Pedagogical Plan. *Medical Education Online*, 25(1), 1800980.

Mori, M. E., & de Oliveira, O. V. M. (2014). Apoio institucional e cogestão: a experiência da Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) no Distrito Federal (DF), Brasil. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 18, 1063-1075.

Nicolaides, M., Theodorou, E., Hanrahan, J. G., Theodoulou, I., Emin, E. I., Papalois, A., & Sideris, M. (2019). Advancing Medical Students' Non-technical Skills in a Group-Based Setting. *Journal of Investigative Surgery*, 01-05.

Pinto, H. A., & Sousa, A. (2012). O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, 6(2), 315-318.

Pires, S. M. P., Monteiro, S. O. M., Pereira, A. M. S., Stocker, J. N. M., Chaló, D. D. M., & Melo, E. M. D. O. P. D. (2018). Escala de avaliação de habilidades não técnicas em enfermagem: construção, desenvolvimento e validação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, e3042.

Rodrigues, I. D. C. V., Ferreira, L. B., Lopes, D. C. L., Menezes, H. F. de, Rocha, C. C. T., & Silva, R. A. R. da. (2020). Simulação realística: aproveitamento e benefícios para o ensino - aprendizagem do raciocínio diagnóstico de enfermagem. *Research, Society and Development*, 9(7), e553974338. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4338>.

Rosen, M. A., Hunt, E. A., Pronovost, P. J., Federowicz, M. A., & Weaver, S. J. (2012). In situ simulation in continuing education for the health care professions: a systematic review. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 32(4), 243-254.

Sørensen, J. L., Østergaard, D., LeBlanc, V., Ottesen, B., Konge, L., Dieckmann, P., & Van der Vleuten, C. (2017). Design of simulation-based medical education and advantages and disadvantages of in situ simulation versus off-site simulation. *BMC medical education*, 17(1), 20.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Jennifer Bazilio - 70%

Jessica de Aquino Pereira – 10%

Maura Cristiane e Silva Figueira – 10%

Eliete Maria Silva – 10%